

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento

Psicológico II

(Psicología Diferencial y del Trabajo)



TESIS DOCTORAL

**Salud, género, personalidad y aculturación en rumanas/os residentes
en Rumanía y migrantes rumanas/os residentes en España**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Andreea Catalina Brabete

Directora

María Pilar Sánchez López

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**SALUD, GÉNERO, PERSONALIDAD Y ACULTURACIÓN
EN RUMANAS/OS RESIDENTES EN RUMANIA Y
MIGRANTES RUMANAS/OS RESIDENTES EN ESPAÑA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR

Andreea Catalina Brabete

Directora:
Dra. María del Pilar Sánchez López (Universidad Complutense de Madrid)

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos II (Psicología Diferencial y del Trabajo)



**SALUD, GÉNERO, PERSONALIDAD Y ACULTURACIÓN
EN RUMANAS/OS RESIDENTES EN RUMANIA Y
MIGRANTES RUMANAS/OS RESIDENTES EN ESPAÑA**

TESIS DOCTORAL

Autora: Andreea Catalina Brabete

Programa de Doctorado: Mujeres y Salud

Madrid, 2015

Este trabajo de investigación ha sido realizado gracias al apoyo económico del programa Becas Complutense predoctorales en España para la Formación del Personal Investigador (BE 45/10, años 2011-2015). Universidad Complutense de Madrid.

A mi madre y a mi padre, por su valor y valentía a la hora de iniciar el camino de la migración y por su ejemplo de superación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas	xviii
Índice de figuras	xxvi
Listado de siglas y acrónimos	xxvii
Resumen en español	1
Resumen en inglés	3
Resumen en rumano	5

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación de la investigación	8
1.2. Presentación del trabajo	10

CAPÍTULO 2. MIGRACIÓN RUMANA

2.1. El contexto de Rumania post-comunista: el precursor de las migraciones rumanas	14
2.2. Las dinámicas migratorias rumanas después de 1989	19
2.2.1. La primera etapa: 1990-1992	20
2.2.2. Las etapas segunda y tercera: 1996-2006	22
2.2.3. La cuarta etapa: 2007-2015	24
2.3. La evolución de los flujos migratorios rumanos en España	25
2.3.1. Los inicios: los/as pioneros/as de la migración rumana en España	27
2.3.2. La segunda etapa: 1992-2001	29
2.3.3. La tercera etapa: 2002-2006	32
2.3.4. La cuarta etapa: 2007-2015	35
2.4. La función de las redes sociales de apoyo en la dinámica de los flujos migratorios	39
2.4.1. Diferencias en cuanto a las redes sociales de ortodoxos/as y adventistas	41
2.4.2. Apoyo social percibido	45
Resumen del capítulo	47

CAPÍTULO 3. ACULTURACIÓN

3.1. La definición de cultura	50
3.2. Los inicios del estudio de la aculturación.....	51
3.3. Modelos de aculturación	51
3.4. La importancia de la aculturación para la Psicología	56
3.5. El concepto de estrés	57
3.6. El estrés aculturativo	57
Resumen del capítulo	60

CAPÍTULO 4. SALUD

4.1. La salud desde la perspectiva de género.....	61
4.2. La salud de las/os migrantes.....	65
4.2.1. Salud autopercebida.....	67
4.2.2. Consumo de tabaco, alcohol y fármacos.....	68
4.2.3. Utilización de los servicios médicos	70
4.2.4. Enfermedades crónicas.....	71
4.2.5. Salud mental.....	72
4.2.6. Relación entre la salud mental y el estrés aculturativo	75
4.2.7. Datos en España sobre la salud de los/as migrantes	76
4.3. Efectos de la crisis sobre la salud	80
4.4. Barreras en el acceso a los servicios de salud en la población migrante.....	82
Resumen del capítulo	86

CAPÍTULO 5. GÉNERO

5.1. El origen del concepto <i>género</i>	88
5.2. Instrumentos de medida de género	89
5.3. El CFNI y CMNI	92
5.4. La situación de las mujeres y los hombres en Rumania desde la perspectiva de género	94
5.5. La perspectiva de género en el estudio de las migraciones y la feminización de las migraciones	97
5.6. La situación de las mujeres migrantes en España.....	99

5.7. Variaciones de los roles de género en las mujeres tras la migración	102
5.8. Variaciones de los roles de género en los hombres tras la migración	106
Resumen del capítulo	109

CAPÍTULO 6. PERSONALIDAD

6.1. Los inicios y la evolución del modelo de personalidad de Millon	111
6.2. El concepto de personalidad: continuidad entre normalidad y anormalidad.....	114
6.3. Investigaciones realizadas con el MIPS	116
6.4. Diferencias de sexo en personalidad	117
6.5. Diferencias culturales en personalidad	121
6.6. La personalidad en los/as migrantes	123
6.7. La relación entre la personalidad y la aculturación	126
Resumen del capítulo	129

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Estudio I. Traducción de los instrumentos

CAPÍTULO 7. MÉTODO (ESTUDIO I)

7.1. Objetivos e hipótesis	132
7.2. Participantes	132
7.3. Instrumentos	134
7.3.1. Cuestionarios de Salud	134
7.3.1.1. Cuestionarios de medida de la salud física	134
7.3.1.2. Cuestionarios de medida de la salud psicológica.....	136
7.3.2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11)	137
7.3.3. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)	139
7.3.4. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI).....	139
7.3.5. Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)	140
7.4. Procedimiento.....	143

7.4.1. Traducción y adaptación de los instrumentos	143
7.4.2. Aplicación de los instrumentos	144
7.5. Análisis de datos	145

CAPÍTULO 8. RESULTADOS (ESTUDIO I)

8.1. Cuestionarios de medida de la salud psicológica	146
8.1.1. Consistencia interna	146
8.1.2. Estadísticos descriptivos	146
8.2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11).....	146
8.2.1. Consistencia interna	147
8.2.2. Estadísticos descriptivos	147
8.3. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)	147
8.3.1. Consistencia interna	147
8.3.2. Validez interna	147
8.3.3. Estadísticos descriptivos	148
8.4. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI).....	149
8.4.1. Consistencia interna	149
8.4.2. Validez interna	150
8.4.3. Estadísticos descriptivos	150
8.5. Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)	151
8.5.1. Consistencia interna	151
8.5.2. Validez interna	152
8.5.3. Estadísticos descriptivos	154

Estudio II. Análisis psicométrico de los instrumentos

CAPÍTULO 9. MÉTODO (ESTUDIO II)

9.1. Objetivo e hipótesis	156
9.2. Participantes	157
9.3. Instrumentos	159
9.4. Procedimiento	159
9.5. Análisis de datos	160

CAPÍTULO 10. RESULTADOS (ESTUDIO II)

10.1. Cuestionario de Salud General (GHQ-12).....	162
10.1.1. Estadísticos descriptivos de los ítems	162
10.1.2. Análisis factorial exploratorio.....	163
10.1.3. Consistencia interna	164
10.2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11).....	164
10.2.1. Estadísticos descriptivos de los ítems	164
10.2.2. Análisis factorial exploratorio.....	165
10.2.3. Consistencia interna	165
10.3. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)	165
10.3.1. Estadísticos descriptivos de los ítems	165
10.3.2. Análisis factorial exploratorio de los ítems.....	167
10.3.3. Validez interna	170
10.3.4. Consistencia interna	170
10.4. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI).....	171
10.4.1. Estadísticos descriptivos de los ítems	171
10.4.2. Análisis factorial exploratorio de los ítems.....	173
10.4.3. Validez interna	174
10.4.4. Consistencia interna	174
10.5. Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)	176
10.5.1. Estadísticos descriptivos de los ítems	176
10.5.2. Validez interna	177
10.5.3. Consistencia interna	179

Estudio III. Salud, género, personalidad y aculturación en rumanas/os residentes en Rumania y migrantes rumanas/os residentes en España**CAPÍTULO 11. MÉTODO (ESTUDIO III)**

11.1. Objetivos e hipótesis.....	181
11.2. Diseño.....	191
11.3. Participantes	191

11.4. Instrumentos	195
11.4.1. Variables sociodemográficas	195
11.4.2. El Índice Vancouver de Aculturación	195
11.4.3. Cuestionarios de Medida de la Salud Física	196
11.4.4. Cuestionarios de medida de la salud psicológica	196
11.4.4.1. Cuestionario SAFE	196
11.4.5. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11)	196
11.4.6. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)	196
11.4.7. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI)	196
11.4.8. Inventario de Estilos de Personalidad Millon (MIPS)	197
11.5. Procedimiento	197
11.6. Análisis de datos	198

CAPÍTULO 12. RESULTADOS (ESTUDIO III)

12.1. Análisis descriptivos	201
12.1.1. Variables de aculturación	201
12.1.2. Variables de salud	202
12.1.2.1. Salud física	202
12.1.2.2. Salud mental	206
12.1.2.3. Apoyo social autopercebido	208
12.1.3. Variables de género	209
12.1.3.1. Inventario de Conformidad con las Normas de género Femeninas (CFNI)	209
12.1.3.2. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI)	210
12.1.4. Variables de personalidad	211
12.2. Diferencias entre las/os rumanas/os residentes en Rumania y las/os migrantes rumanas/os residentes en España	212
12.3. Objetivo 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida en las/os participantes migrantes	214

12.4. Objetivo 2. Estrategias de aculturación	215
12.5. Objetivo 3. Salud	219
12.6. Objetivo 4. Género	230
12.7. Objetivo 5. Personalidad	244

CAPÍTULO 13. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

13.1. Estudio I. Traducción de los instrumentos	276
13.2. Estudio II. Análisis psicométrico de los instrumentos	277
13.2.1. Cuestionario de Salud General GHQ-12.....	277
13.2.2. Cuestionario de Apoyo Social autopercebido Duke-UNC-11	278
13.2.3. Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI).....	278
13.2.4. Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI).....	279
13.2.5. Inventario de Estilos de Personalidad de Millon MIPS	280
13.3. Estudio III. Salud, género, personalidad y aculturación en rumanas/os residentes en Rumania y migrantes rumanas/os residentes en España.....	281
13.3.1. Objetivo 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida en las/os participantes migrantes.....	281
13.3.2. Objetivo 2. Estrategias de aculturación.....	281
13.3.3. Objetivo 3. Salud.....	284
13.3.4. Objetivo 4. Género	290
13.3.5. Objetivo 5. Personalidad	299
13.4. Implicaciones de las conclusiones	313

CAPÍTULO 14. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

314

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

317

ANEXOS

Anexo I. CAPITOLUL 13. DISCUȚIE ȘI CONCLUZII.....	361
13.1. Studiul I. Traducerea instrumentelor	361
13.2. Studiul II. Analiza psihometrică a instrumentelor.....	362

13.2.1. Chestionarul de Sănătate Generală GHQ-12.....	362
13.2.2. Chestionarul de Sprijin Social auto-perceput Duke-UNC-11	363
13.2.3. Chestionarul de Conformitate cu Normele de Gen Feminine (CFNI)	363
13.2.4. Chestionarul de Conformitate cu Normele de Gen Masculine (CMNI)	364
13.2.5. Inventarul de Stiluri de Personalitate Millon MIPS	365
13.3. Studiul III. Sănătate, gen, personalitate și aculturație în cazul românilor rezidenți în România și în cazul românilor rezidenți în Spania	366
13.3.1. Obiectivul 1. Analiza de fiabilitate a instrumentelor de măsurare în cazul participanților migranți.....	366
13.3.2. Obiectivul 2. Strategii de aculturație.....	366
13.3.3. Obiectivul 3. Sănătate	369
13.3.4. Obiectivul 4. Genul	375
13.3.5. Obiectivul 5. Personalitate.....	383
13.4. Implicațiile concluziilor.....	366
 Anexo II. Consentimiento informado	397
 Anexo III. Protocolo de evaluación	398
 Anexo IV. Comunicaciones en congresos y publicaciones relacionadas con la Tesis ..	403

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1.	Número de rumanos/as que salen de Rumania entre 1990 y 2011, según el sexo	21
Tabla 5.1.	Las puntuaciones obtenidas en los seis ámbitos del Índice de Igualdad de Género por Rumania, España y la media de los 27 países de la UE en el 2010	94
Tabla 5.2.	Salario medio por sexos y nacionalidades (2012).....	101
Tabla 7.1.	Características sociodemográficas de los/as migrantes rumanos/as residentes en España	135
Tabla 7.2.	Variables e instrumentos utilizados	138
Tabla 7.3.	Descripción de las escalas del CFNI.....	140
Tabla 7.4.	Descripción de las escalas del CMNI	141
Tabla 7.5.	La descripción de las escalas del MIPS y su respectivo constructo bipolar	142
Tabla 8.1.	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del CFNI en mujeres migrantes rumanas	148
Tabla 8.2.	Correlaciones entre las escalas del CFNI	148
Tabla 8.3.	Estadísticos descriptivos del CFNI en mujeres migrantes rumanas	149
Tabla 8.4.	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del CMNI en hombres migrantes rumanos	149
Tabla 8.5.	Correlaciones entre las subescalas del CMNI	150
Tabla 8.6.	Estadísticos descriptivos del CMNI en hombres migrantes rumanos....	151
Tabla 8.7.	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS.....	152
Tabla 8.8.	Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en el grupo total de rumanos/as residentes en España	153
Tabla 8.9.	Estadísticos descriptivos del MIPS en totales.....	154
Tabla 9.1.	Características sociodemográficas de los/as rumanos/as residentes en Rumania	158
Tabla 10.1.	Estadísticos descriptivos del GHQ-12 en mujeres y hombres rumanas/os residentes en Rumania	162
Tabla 10.2.	Análisis factorial exploratorio: saturaciones de los ítems utilizando la técnica de máxima verosimilitud (extracción) y oblmin directo	

	(rotación).....	163
Tabla 10.3.	Estadísticos descriptivos de los ítems del Duke-UNC.....	164
Tabla 10.4.	Estadísticos descriptivos del CFNI en mujeres rumanas residentes en Rumania	166
Tabla 10.5.	Análisis factorial exploratorio: saturaciones de los ítems del CFNI utilizando la técnica de ejes principales (extracción) y oblimin directo (rotación). Varianza explicada y autovalores.....	169
Tabla 10.6.	Correlaciones entre las subescalas del CFNI	170
Tabla 10.7.	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del CFNI en mujeres migrantes rumana.....	170
Tabla 10.8.	Estadísticos descriptivos del CMNI en hombres rumanos residentes en Rumania	171
Tabla 10.9.	Análisis factorial exploratorio: saturaciones de los ítems del CMNI utilizando la técnica de ejes principales (extracción) y oblimin directo (rotación). Varianza explicada y autovalores.....	173
Tabla 10.10.	Correlaciones entre las subescalas del CMNI.....	174
Tabla 10.11.	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del CMNI en los hombres rumanos	175
Tabla 10.12.	Estadísticos descriptivos del MIPS en mujeres y hombres rumanos residentes en Rumania	177
Tabla 10.13.	Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en el grupo total de rumanos/as residentes en Rumania	178
Tabla 10.14.	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS en los/as rumanos/as que residen en Rumania	179
Tabla 11.1.	Características sociodemográficas de los/as migrantes rumanos/as residentes en España	194
Tabla 12.1.	Estadísticos descriptivos del VIA en migrantes rumanas, migrantes rumanos y el grupo total	201
Tabla 12.2.	Estadísticos descriptivos de la salud física autopercebida según el sexo en migrantes rumanos/as.....	202
Tabla 12.3.	Frecuencias (%) de los hábitos de vida saludables según el sexo.....	203
Tabla 12.4.	Estadísticos descriptivos de las dolencias físicas según el sexo en migrantes rumanas/os.....	204

Tabla 12.5.	Frecuencias (%) de las dolencia físicas en el grupo total de migrantes rumanos/as	204
Tabla 12.6.	Frecuencias (%) de las dolencia físicas en mujeres migrantes	205
Tabla 12.7.	Frecuencias (%) de las dolencia físicas en hombres migrantes	205
Tabla 12.8.	Medias y desviaciones típicas del número de dolencias y consultas médicas según el sexo	206
Tabla 12.9.	Medias y desviaciones típicas de los ítems de satisfacción familiar, laboral y global según el sexo	206
Tabla 12.10.	Estadísticos descriptivos del GHQ-12 en migrantes rumanos/as	207
Tabla 12.11.	Frecuencias (%) del GHQ-12 por sexos	207
Tabla 12.12.	Estadísticos descriptivos del SAFE en migrantes rumanos/as.....	208
Tabla 12.13.	Estadísticos descriptivos del Duke-UNC-11 en migrantes rumanos/as según el sexo	208
Tabla 12.14.	Frecuencias (%) del Duke-UNC-11 en los/as migrantes rumanos/as según el sexo	208
Tabla 12.15.	Frecuencia (%) del apoyo social en los/as migrantes rumanos/as según el sexo	209
Tabla 12.16.	Estadísticos descriptivos del CFNI en mujeres.....	210
Tabla 12.17.	Estadísticos descriptivos del CMNI en hombres migrantes rumanos....	210
Tabla 12.18.	Estadísticos descriptivos del MIPS en mujeres	211
Tabla 12.19.	Estadísticos descriptivos del MIPS en hombres	212
Tabla 12.20.	Estadísticos descriptivos del MIPS en total	213
Tabla 12.21.	Fiabilidad de los instrumentos utilizados en migrantes rumanos/as.....	216
Tabla 12.22.	Prueba <i>t</i> de Student según el sexo en las escalas mantener costumbres del país de origen y adoptar costumbres del país receptor	217
Tabla 12.23.	Frecuencias (%) de las estrategias de aculturación en los/as migrantes rumanos/as según el sexo	217
Tabla 12.24.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en mujeres migrantes	218
Tabla 12.25.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en hombres migrantes	219

Tabla 12.26.	Prueba <i>t</i> de Student según el tiempo de residencia en España. VIA mantener costumbres del país de origen y VIA adoptar costumbres del país receptor	219
Tabla 12.27.	Prueba <i>t</i> de Student según el sexo en las variables de salud	221
Tabla 12.28.	Prueba Chi cuadrado entre las variables de hábitos de vida saludables entre migrantes y rumanos/as	221
Tabla 12.29.	Prueba <i>t</i> de Student en las variables de salud en mujeres migrantes y mujeres rumanas	222
Tabla 12.30.	Prueba Chi cuadrado entre las variables de hábitos de vida saludables entre mujeres migrantes y rumanas residentes en Rumania	223
Tabla 12.31.	Prueba <i>t</i> de Student en las variables de salud en hombres migrantes y hombres rumanos	223
Tabla 12.32.	Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables entre hombres migrantes y rumanos residentes en Rumania	224
Tabla 12.33.	Prueba <i>t</i> de Student en las variables de salud en mujeres rumanas y hombres rumanos residentes en Rumania	225
Tabla 12.34.	Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables entre mujeres rumanas y hombres rumanos residentes en Rumania	226
Tabla 12.35.	Prueba <i>t</i> de Student en las variables de salud. Migrantes rumanas y migrantes rumanos residentes en España	226
Tabla 12.36.	Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables entre migrantes rumanas y migrantes rumanos residentes en España	227
Tabla 12.37.	Correlaciones de Pearson entre los indicadores de salud y mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en mujeres migrantes, hombres migrantes y el grupo total de migrantes	228
Tabla 12.38.	ANOVA de los indicadores de salud en función de las estrategias de aculturación en migrantes rumanos/as	229
Tabla 12.39.	Prueba <i>t</i> de Student según el tiempo de residencia en las variables de salud en migrantes rumanos/as	230
Tabla 12.40.	Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables según el tiempo de residencia en España en migrantes rumanos/as	230
Tabla 12.41.	Correlaciones de Pearson entre la salud mental, el apoyo social autopercebido, apoyo social (rumanos/as residentes en España, Rumania,	

	españoles/as y otros/as extranjeros/as) y el estrés aculturativo en migrantes rumanas/os	231
Tabla 12.42.	Diferencias de medias entre el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania y el grupo de mujeres migrantes rumanas	232
Tabla 12.43.	Diferencias de medias entre el grupo de mujeres rumanas y el grupo de mujeres españolas	233
Tabla 12.44.	Diferencias de medias entre el grupo de mujeres migrantes rumanas y el grupo de mujeres españolas	233
Tabla 12.45.	Diferencias de medias entre el grupo de hombres rumanos residentes en Rumania y el grupo de hombres migrantes rumanos	234
Tabla 12.46.	Diferencias de medias entre el grupo de hombres rumanos residentes en Rumania y el grupo de hombres españoles	235
Tabla 12.47.	Diferencias de medias entre el grupo de hombres migrantes rumanos y el grupo de hombres españoles	236
Tabla 12.48.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables salud física, mental y satisfacción global en mujeres rumanas residentes en Rumania	237
Tabla 12.49.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables presencia de dolores, número de consultas médicas (propias y acompañando) y número de horas de sueño en mujeres rumanas residentes en Rumania	237
Tabla 12.50.	Corelaciones biseriales puntuales entre las escalas del CFNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en mujeres rumanas residentes en Rumania	238
Tabla 12.51.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables salud física, mental, satisfacción global y estrés aculturativo en mujeres migrantes rumanas	238
Tabla 12.52.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables presencia de dolores, número de consultas médicas (propias y acompañando) y número de horas de sueño en mujeres migrantes	239
Tabla 12.53.	Corelaciones biseriales puntuales entre las escalas del CFNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en mujeres migrantes	240

Tabla 12.54.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y las variables salud física, mental y satisfacción global en hombres rumanos residentes en Rumania	240
Tabla 12.55.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y las variables presencia de dolores, número de consultas médicas (propias y acompañando) y número de horas de sueño en hombres rumanos	241
Tabla 12.56.	Corelaciones biserials puntuales entre las escalas del CMNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en hombres rumanos residentes en Rumania	242
Tabla 12.57.	Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y las variables salud física, mental, satisfacción global y estrés aculturativo en hombres migrantes rumanos	243
Tabla 12.58.	Corelaciones biserials puntuales entre las escalas del CMNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en migrantes rumanos	243
Tabla 12.59.	Corelaciones biserials puntuales entre las escalas del CMNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en hombres migrantes rumanos	244
Tabla 12.60.	Diferencias de medias entre rumanos/as residentes en Rumania y migrantes rumanos/as	245
Tabla 12.61.	Diferencias de medias entre rumanas residentes en Rumania y migrantes rumanas	247
Tabla 12.62.	Diferencias de medias entre rumanos residentes en Rumania y rumanos residentes en España	248
Tabla 12.63.	Diferencias de medias entre rumanos/as residentes en Rumania y españoles/as	249
Tabla 12.64.	Diferencias de medias entre migrantes rumanos/as residentes en España y españoles/as	251
Tabla 12.65.	Diferencias de medias entre mujeres y hombres rumanas/os residentes en España	252
Tabla 12.66.	Diferencias de medias entre mujeres y hombres rumanas/os residentes en Rumania	253
Tabla 12.67.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y el tiempo de residencia en España en mujeres, hombres y el grupo total de	

	migrantes	255
Tabla 12.68.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo total de rumanos/as residentes en Rumania	256
Tabla 12.69.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental y satisfacción global en rumanos/as residentes en Rumania	257
Tabla 12.70.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania	258
Tabla 12.71.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental y satisfacción global en rumanas residentes en Rumania	259
Tabla 12.72.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo de rumanos residentes en Rumania	260
Tabla 12.73.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física/psicológica. Rumanos residentes en Rumania	261
Tabla 12.74.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en el grupo total de migrantes rumanos/as	262
Tabla 12.75.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física autopercebida, satisfacción global, salud mental (GHQ-12) y estrés aculturativo en migrantes rumanos/as	263
Tabla 12.76.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental, estrés de aculturación y satisfacción global en el grupo de migrantes rumanas	264
Tabla 12.77.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en migrantes rumanas	265
Tabla 12.78.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en el grupo de migrantes	266

Tabla 12.79.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en migrantes rumanos	267
Tabla 12.80.	ANOVA de un factor en los estilos de personalidad en función de las cuatro estrategias de aculturación en el grupo total de migrantes rumanos/as	268
Tabla 12.81.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad del MIPS y las dos escalas del VIA en el caso del grupo total de rumanos/as	272
Tabla 12.82.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad y estrategias de aculturación en migrantes rumanos/as residentes en España	273
Tabla 12.83.	Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad del MIPS y las dos escalas del VIA en el caso de las mujeres migrantes y los hombres migrantes	274
Tabla 12.84.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad y estrategias de aculturación en migrantes rumanas	275
Tabla 12.85.	Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad y estrategias de aculturación. Rumanos residentes en España	275
Tabla 13.1.	Resumen de conclusiones	311

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1.	Evolución de la tasa de desempleo en Rumania según los sexos: 1991-2012	18
Figura 2.2.	Evolución del número de rumanos/as que salen de Rumania entre 1990 y 2011	20
Figura 2.3.	Número de migrantes en el mundo	26
Figura 2.4.	Evolución del número de inmigrantes en España entre 2000 y 2014	27
Figura 2.5.	Los principales países de origen de los/as inmigrantes que viven en España	28
Figura 2.6.	Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 1979 y 1992	30
Figura 2.7.	Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 1992 y 2001	32
Figura 2.8.	Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 2002 y 2006	34
Figura 2.9.	Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 2007 y 2014	35
Figura 2.10.	Evolución del número de rumanos y rumanas empadronados/as en España entre 1996 y 2014	39
Figura 3.1.	Proceso lineal de Asimilación	53
Figura 3.2.	Estrategias de aculturación (adaptado de Berry, 1990)	54
Figura 7.1.	Número de participantes	133
Figura 9.1.	Número de participantes	159
Figura 11.1.	Número de participantes	198

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ANDRO	<i>Personality Research Form</i>
ANOVA	Análisis de Varianza
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
BNR	Banca Națională Română
CCAA	Comunidades Autónomas
CFNI	Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas
CMNI	Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas
Cn	Consistencia
Duke-UNC	Cuestionario de Apoyo Social Funcional
EEUU	Estados Unidos
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPSY	Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud
EUROSTAT	Oficina Europea de Estadística (por sus siglas en inglés)
FMI	Fondo Mundial Internacional
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
IBM	<i>International Business Machines Corporation</i>
ITC	Comisión Internacional de Test
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MAAR	Modelo Ampliado de Aculturación Relativa
MIPS	Inventario de Estilos de Personalidad de Millon
MMPI	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
OIM	Organización Internacional de las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas

PIB	Producto Interior Bruto
SAFE	Social, Attitudinal, Familial, and Environmental Acculturative Stress
SNS	Sistema Nacional de Salud
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMEN EN ESPAÑOL

Introducción

La migración es un fenómeno social muy complejo y las personas que migran no responden a un patrón único. En sociedades cada vez más diversas como la nuestra, la migración es un fenómeno que acentúa dicha diversidad a todos los niveles (social, cultural, económico, legal, etc.).

El proceso migratorio es un fenómeno durante el cual se producen muchos cambios. La mayoría de los/as migrantes tienen que afrontar una serie de retos a lo largo de este proceso de situarse entre dos o más culturas y adaptarse a una nueva realidad en el país receptor. En este contexto, todo lo que está alrededor de la persona migrante se va modificando, desde aspectos básicos como la alimentación, las relaciones familiares y sociales, el clima, la lengua, el estatus, etc. Además, el proceso migratorio tiene consecuencias sobre la salud de los/as migrantes, en función de varias variables, como por ejemplo la aculturación, el género y la personalidad.

Metodología y Objetivos

En el actual contexto multicultural que existe en España, esta investigación surge de la necesidad de traducir y adaptar los instrumentos de evaluación empleados aquí a nuevos colectivos de migrantes y analizar los efectos de la migración.

El objetivo del Estudio I es la traducción y adaptación de los instrumentos de evaluación al rumano. El grupo de participantes está formado por 91 migrantes rumanas/os residentes en España. Tras verificar que los índices de fiabilidad de los instrumentos son buenos, se diseñan el Estudio II y el Estudio III.

En el Estudio II, el grupo de participantes está formado por 648 personas (429 mujeres y 219 hombres) con un rango de edad comprendido entre los 18 y los 78 años ($D.T. = 11.12$). El objetivo de este estudio consiste en estudiar el análisis factorial y la fiabilidad de los mismos instrumentos de evaluación.

A través de un diseño ex post facto prospectivo de corte transversal, en el Estudio III se pretende analizar, por un lado, las relaciones entre la personalidad, género y salud física/mental en los/as participantes del Estudio II y, por otro lado, las relaciones

entre la personalidad, aculturación, género y salud física/mental en un grupo de migrantes rumanos/as residentes en España. Este último objetivo se plantea con el propósito de analizar los efectos del fenómeno migratorio sobre las variables estudiadas. El grupo de participantes de este estudio está formado por 234 migrantes rumanos/os residentes en España (163 mujeres y 71 hombres) con un rango de edad comprendido entre los 18 años y los 61 ($D.T. = 10.07$).

Conclusiones

Las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación empleados (Cuestionario de Medida de la Salud Física, Cuestionario de Satisfacción, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI y MIPS) son buenas y la estructura factorial coincide, en general, con la encontrada en las versiones originales de los instrumentos.

En general, las conclusiones alcanzadas reflejan la influencia del proceso migratorio en la salud, el género y la personalidad. En línea con la perspectiva de género, se han encontrado diferencias en estas variables entre mujeres y hombres. Las mujeres obtienen peores indicadores de salud y puntuaciones más altas en los estilos de personalidad considerados desadaptativos por el modelo de Millon. Asimismo, existen diferencias en los roles de género entre las personas migrantes y las no migrantes. Si en el caso de las mujeres, las migrantes son más conformes con los roles de género tradicionales, en el caso de los hombres, los migrantes son menos conformes que los no migrantes.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se constata la importancia de la introducción de la perspectiva de género en el estudio de las migraciones. Asimismo, se considera relevante incluir la variable personalidad y la perspectiva de género a la hora de trabajar con los colectivos de migrantes para alcanzar una mejor adaptación a la vida en España, pero sin olvidar el mantenimiento de las costumbres del país de origen.

RESUMEN EN INGLÉS

Introduction

Migration is a complex social phenomenon and those who migrate do not respond to just one single pattern. In increasingly diverse societies like ours, migration is a phenomenon that accentuates this diversity on all levels (social, cultural, economic, legal, etc.).

The migration process is a phenomenon during which many changes occur. Most migrants have to face a number of challenges throughout this process, they find themselves between two or more cultures and have to adapt to a new reality in the host country. In this context, everything around the migrant is modified, from basics such as food, family and social relations, climate, language, status, etc. In addition, the migration process has implications on things such as health, depending on several variables such as acculturation, gender and personality.

Methodology and Objectives

In today's multicultural context that exists in Spain, this research arises from the need to translate and adapt the assessment tools used here to new groups of migrant and analyze the effects of migration.

The aim of the Study I is the translation and adaptation of the assessment instruments into Romanian. The group of participants consists of 91 Romanian migrants living in Spain. After verifying that the reliability of the instruments is good, Study II and Study III were designed.

In Study II, the group of participants consists of 648 people (429 women and 219 men) with an age range of between 18 to 78 years old (*S.D.* = 11.12). The aim of this study is to study the factorial analysis and reliability of these assessment tools.

Through a prospective ex post facto design (cross-sectional), the aim of Study III is to analyze, on the one hand, the relationship between personality, gender and physical/ mental health in the participants of Study II and, on the other hand, the relationship between personality, acculturation, gender and physical/mental health in a group of Romanian migrants living in Spain. The latter objective is proposed in order to

analyze the effects of migration on the studied variables. The group of participants in this study consists of 234 Romanian migrants living in Spain (163 women and 71 men) with an age range from between 18 and 61 years old ($S.D. = 10.07$).

Conclusion

The psychometric properties of the instruments used in this dissertation (Questionnaire of Physical Health, Satisfaction Questionnaire, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI and MIPS) are good and the factorial structure coincides generally with that found in the original version.

In general, the conclusions reached reflected the influence of migration on health, gender and personality. From a gender perspective, differences between women and men were found in these variables. Women have worse health indicators and higher scores on personality styles considered maladaptive by Millon's model. There are also differences in gender roles between migrants and non-migrants. In the case of women, migrants are more consistent with traditional gender roles, in the case of men, migrants are less compliant than non-migrants.

According to the results of this research, the importance of the introduction of gender perspective in the study of migration is observed. It is also considered relevant to include personality variables and the gender perspective when working with migrants in order to achieve a better adaptation to life in Spain, but also taking into account the maintenance of the customs of their country.

RESUMEN EN RUMANO

Introducere

Migrația este un fenomen social complex și persoanele care migrează nu răspund unui singur model. În societăți din ce în ce mai diverse, cum este a noastră, migrația este un fenomen care accentuează această diversitate la toate nivelurile (social, cultural, economic, juridic, etc.).

Procesul migrator este un fenomen în care apar multe schimbări. Majoritatea migranților trebuie să se confrunte cu o serie de provocări de-a lungul acestui proces de situare între două sau mai multe culturi și să se adapteze la o nouă realitate în țara gazdă. În acest context, tot ceea ce se află în jurul persoanei care migrează este modificat, de la elementele de bază, cum ar fi produsele alimentare, familia și relațiile sociale, clima, limba, statutul, etc. De asemenea, procesul migrator are implicații pentru sănătatea migranților, în funcție de mai multe variabile, cum ar fi aculturația, genul și personalitatea.

Metodologie și Obiective

În contextul actual multicultural din Spania, se propune această cercetare din necesitatea de a traduce și adapta instrumentele de evaluare folosite în spaniolă pentru noi grupuri de migranți și de a analiza efectele migrației.

Scopul Studiul I este traducerea și adaptarea instrumentelor de evaluare în limba română. Grupul de participanți este format din 91 migranți români care locuiesc în Spania. După verificarea indicatorilor de fiabilitate, sunt concepute Studiile II și III.

În Studiul II, grupul de participanți este format din 648 persoane (429 femei și 219 bărbați), cu un interval de vârstă între 18 și 78 de ani ($S.D. = 11.12$). Scopul acestui studiu este acela de a analiza fiabilitatea și structura factorială în cazul instrumentelor utilizate.

Folosind un design ex post facto (cross-sectional), în Studiul III se analizează, pe de o parte, relația dintre personalitate, gen și sănătate fizică/mentală în cazul participanților din Studiul II și, de cealaltă parte, relațiile dintre personalitate, aculturație, gen și sănătate mintală/fizică în cazul eșantionului de migranți români care

locuiesc în Spania. Acest obiectiv este propus cu scopul de a analiza efectele migrației asupra variabilelor studiate. Grupul de participanți din acest studiu este format din 234 migranți români care locuiesc în Spania (163 femei și 71 bărbați), cu vârste cuprinse între 18 și 61 ($S.D. = 10.07$).

Concluzii

Proprietățile psihometrice ale instrumentelor folosite în această teză (Chestionarul de Sănătate Fizică, Chestionarul de Satisfacție, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI și MIPS) sunt bune și structura factorială coincide, în general, cu cea obținută în versiunea originală.

În general, concluziile reflectă influența migrației asupra sănătății; de asemenea, influența genului și a personalității. De acord cu perspectiva de gen, s-au constatat diferențe în aceste variabile între femei și bărbați. Femeile au indicatori de sănătate mai scăzuți și scoruri mai mari în ceea ce privește stilurile de personalitate considerate maladaptive în cazul modelului lui Millon. Există, de asemenea, diferențe în rolurile de gen între migranți și non-migranți. Dacă în cazul femeilor, migrantele punctează mai ridicat în ceea ce privește conformitatea cu rolurile tradiționale de gen, în cazul bărbaților, migranții obțin scoruri mai scăzute decât non-migranții.

Conform rezultatelor acestei cercetări, se observă importanța introducerii perspectivei de gen în studiul migrației. De asemenea, este relevantă includerea variabilelor de personalitate și a perspectivei de gen atunci când se lucrează cu grupuri de migranți pentru a obține o mai bună adaptare la viața din Spania, dar, în același timp, ținându-se cont de păstrarea obiceiurilor din țara de origine.

MARCO TEÓRICO

1.INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación de la investigación

La migración es un fenómeno que se da en todo el mundo desde el inicio de la humanidad. De hecho, la propia historia de la humanidad y los desarrollos que se han ido produciendo están relacionados con las migraciones.

Me siento vinculada al tema de esta tesis por varias razones. En un primer momento, por mi origen rumano, he tenido la ocasión de estar cerca de varias asociaciones que trabajaban con migrantes rumanos/as, planteándome entender un poco mejor el proceso migratorio y las consecuencias de este proceso sobre la salud física y mental de las/os migrantes. Mi paso como psicóloga por el *Centro de Participación e Integración Hispano-Rumano* de Alcalá de Henares, aunque de corta duración, ha sido intenso y me ha brindado la oportunidad de estar cerca de muchas experiencias humanas. Conociendo la trayectoria de Rumania de los últimos años también me preguntaba cómo se modifican los roles de género femeninos y masculinos en el caso de las/os rumanas/os y cómo estos afectan la salud de las/os migrantes.

En el año 2009, durante el curso de verano dirigido por la Dra. María del Pilar Sánchez López, *La Salud de las Mujeres: Análisis desde la Perspectiva de género* empecé a interesarme por la investigación. Mientras estaba estudiando el Máster Oficial *Mujeres y Salud*, inicié mi colaboración con el Grupo de Investigación *Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY)* y, posteriormente, tuve la oportunidad de formar parte de él como miembro.

Esta investigación surge de la necesidad de varias cuestiones.

En primer lugar, la Psicología en Rumania es introducida por los alumnos de Wundt (E. Gruber, C. Rădulescu-Motru y F. Ștefănescu-Goanga), conociendo un gran desarrollo desde 1893 hasta 1970. Es durante este año cuando el régimen de Ceaușescu prohíbe la enseñanza y práctica de esta disciplina en Rumania. De esta forma, los/as psicólogos/as empiezan a formar parte de los Departamentos de Filosofía y Ciencias de la Educación en las universidades (Iliescu, Ispas e Ilie, 2007). A partir de 1990, la Psicología vuelve a ser enseñada en el ámbito académico como disciplina independiente. Consecuentemente, la falta de estudios sobre la población rumana en las revistas internacionales está relacionada con esta prohibición debido, en gran parte, a

que muchos instrumentos psicológicos no han sido traducidos y adaptados al rumano (Ispas, Iliescu, Ilie y Johnson, 2014). De ahí la necesidad de traducir, adaptar y desarrollar instrumentos psicológicos que puedan ser utilizados tanto en Rumania como también en otros países donde hay migrantes rumanos/as.

En España, el interés por la salud de los/as migrantes ha ido creciendo a raíz de la llegada de estos/as a nuestro país. Aunque los resultados de los primeros estudios son importados de países con más experiencia migratoria que España, como EEUU, las características de las/os migrantes en nuestro país son diferentes. El colectivo rumano, a pesar de ser el más numeroso desde el año 2008, no es uno de los más estudiados. Se considera que no es necesario estudiar la salud de los/as migrantes rumanos/as porque tienen una salud similar a los/as españoles/as y, por lo tanto, no tienen necesidades específicas (Seoane y Portero, 2006).

Este trabajo se ha planteado desde la perspectiva de género. Para no seguir contribuyendo a la invisibilización de las mujeres, me he decantado por la utilización del lenguaje no sexista y he utilizado tanto el masculino como el femenino al referirme a hombres y/o mujeres. El lenguaje, como manifestación cultural, está impregnado por el patriarcado. Además, aunque este hecho dificulta la lectura, en general, considero que es coherente con el tema objeto de estudio. De otra forma, no hubiera sido posible hablar empleando el genérico masculino de la feminización de las migraciones. El mismo razonamiento se ha utilizado al elaborar las referencias bibliográficas puesto que además del apellido, se ha añadido el nombre del/la investigador/a para visibilizar a las mujeres en la investigación. Ha sido muy laborioso ya que algunas revistas solo utilizan las iniciales de los nombres, teniendo que acceder a otras fuentes para poder localizar el nombre completo del/la investigador/a. Aunque el estudio se ha diseñado desde la perspectiva de género, algunos conceptos en psicología no han sido revisados desde esta perspectiva. Por eso, considero que es urgente realizar dicha revisión, considerando las propuestas hechas desde los enfoques de género.

Por último, en este trabajo se ha empleado la palabra *migrante* para referirse a todas aquellas personas que toman la decisión de migrar de forma libre teniendo en cuenta tanto las motivaciones personales como también sociales. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región para mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus propias perspectivas y las de sus familias (OIM, 2006). Asimismo, al emplear esta palabra se tiene en cuenta tanto el país de dónde se sale, pero también el país receptor, donde se reside actualmente.

1.2. Presentación del trabajo

El presente trabajo contiene dos partes: la primera parte incluye el Marco Teórico y la segunda, la Investigación Empírica. La primera parte se compone de seis capítulos que se describen a continuación. El capítulo 1 es esta Introducción.

En el capítulo 2 se analizan algunos de los aspectos que marcan las diferentes etapas de la salida de los/as rumanos/as a otros países, como por ejemplo la inflación, los bajos salarios y el descenso de la capacidad adquisitiva de la población, la privatización de las empresas y el consecuente crecimiento del desempleo y la restitución de las tierras a la propiedad privada. Por otro lado, también se analiza brevemente la situación en nuestro país debido a que España ha recibido un alto número de migrantes durante los últimos años.

En el capítulo 3 se introduce el tema de los cambios inherentes al proceso migratorio a través del concepto de aculturación. En este capítulo se aborda cómo se han iniciado los estudios de aculturación, la relevancia que este concepto tiene para la Psicología, algunos modelos de aculturación y la definición de lo que se considera producto de la aculturación, es decir, el estrés de aculturación. Asimismo, se definen, a partir del modelo bidimensional de Berry, las cuatro estrategias de aculturación que se emplean en este estudio: Marginación, Separación, Asimilación e Integración.

El capítulo 4 es una revisión de las consecuencias del proceso migratorio sobre la salud de las/os migrantes. En este capítulo se analizan la salud autopercebida, el consumo de tabaco, alcohol y fármacos, así como también la utilización de los servicios médicos y las enfermedades crónicas en migrantes. Al igual que en la población general, las mujeres migrantes tienen una salud peor que los hombres migrantes. Por eso, se incluye la perspectiva de género a la hora de hablar de las consecuencias que la migración tiene sobre la salud.

En el capítulo 5 se introduce el género y la perspectiva de género en el estudio de las migraciones y, posteriormente, se analizan los posibles cambios que se pueden dar en las normas de género femeninas/masculinas en el caso de las mujeres y los hombres migrantes. Asimismo, este capítulo trata de la situación de las mujeres y los hombres rumanos desde la perspectiva de género.

El capítulo 6 se dedica al estudio del modelo de personalidad de Millon. En este capítulo se repasan las características básicas del modelo, se presentan los cambios que se producen en la personalidad después de la migración, así como también la relación

que existe entre la aculturación y la personalidad. Asimismo, se presentan las diferencias culturales y las diferencias entre mujeres y hombres en las variables de personalidad.

La segunda parte de este trabajo, la Investigación Empírica, está formada por tres estudios: *Estudio I. Traducción de los instrumentos*, *Estudio II. Análisis psicométrico de los instrumentos* y *Estudio III. Salud, género, personalidad y aculturación en rumanas/os residentes en Rumania y migrantes rumanas/os residentes en España*.

En el Estudio I se plantea el objetivo inicial de este estudio, es decir, la traducción y adaptación de los instrumentos al rumano. Este estudio consta de dos capítulos. En el capítulo 7 se describen el objetivo e hipótesis, el grupo de participantes, los instrumentos de medida traducidos, el procedimiento de traducción y los análisis efectuados. En el capítulo 8 se presentan los estadísticos descriptivos y los índices de fiabilidad de cada uno de los instrumentos.

En el Estudio II se amplía el grupo de participantes a rumanos/as residentes en Rumania. Al igual que en el Estudio I, este capítulo incluye dos capítulos. El capítulo 9 recoge el método empleado a la hora de llevar a cabo este estudio. Por otro lado, el capítulo 10 consiste en los resultados del análisis factorial exploratorio para cada instrumento de medida (excepto el MIPS).

El objetivo del Estudio III es analizar, por un lado, las relaciones entre la personalidad, género y salud física/mental en los/as participantes del Estudio II y, por otro lado, las relaciones entre la personalidad, aculturación, género y salud física/mental en un grupo de rumanos/as residentes en España. El capítulo 11 describe el método de este estudio con sus correspondientes objetivos. Se plantean cinco objetivos. En primer lugar, se describe el objetivo correspondiente al análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida para este grupo de participantes. En segundo lugar, se exploran las estrategias de aculturación en migrantes rumanos/as y se analizan las diferencias en función del sexo y el tiempo de residencia en España. En tercer lugar, se analiza la salud a través de diferentes indicadores de salud tanto en las/os migrantes como en las/os no migrantes. Además, se compara la salud de las/os migrantes en función de las cuatro estrategias de aculturación. En cuarto lugar, se estudian las diferencias en los roles de género en las mujeres y hombres en función de si han migrado o no. Asimismo, se analizan las relaciones entre el género y la salud en los/as participantes migrantes y en los/as participantes no migrantes. En quinto lugar, se exploran los estilos diferenciales

de personalidad en función de si se ha migrado o no, las estrategias de aculturación y la salud física y mental. En el capítulo 12 se presentan los resultados para cada objetivo descrito anteriormente. El capítulo 13 recoge la discusión y las conclusiones del Estudio I, Estudio II y Estudio III. En el capítulo 14 se incluyen las limitaciones de los tres estudios y algunas de las perspectivas futuras. Por último, se detallan las referencias bibliográficas y se incluyen los Anexos correspondientes que incluyen también la traducción al rumano del capítulo correspondiente a las conclusiones.

2.MIGRACIÓN RUMANA

“¿Sabe? La vida de aquí, despertó en nosotros todos los talentos latentes, tenían que salir, teníamos que dar todo... es la vida del migrante, él no puede estar tranquilo si quiere conseguir, tener éxito, el migrante tiene que hacer algo, subir”.¹

A menudo, cuando se habla de las causas de las migraciones se dan sólo las razones del porqué de la salida de los/as migrantes, olvidando que, de esta forma, sólo se explica por qué esos/as respectivos/as migrantes salen de sus países, pero no explican por qué entran en países como España, en un determinado momento de la historia. Por esta razón, este primer capítulo es un intento de acercamiento al contexto rumano después de los años 90, pero también al contexto español que ha recibido un alto número de inmigrantes últimamente. Con la radiografía de ambas orillas, se pretende una mejor aproximación al estudio de la realidad de las migraciones presentado en este trabajo. La migración rumana ha sufrido una expansión irreconocible después de los años 90. Esta migración existe también en la época comunista, pero padece restricciones muy fuertes. Los destinos elegidos por las/os rumanas/os son de los más diversificados. En el fenómeno está implicada toda la sociedad y se ha convertido en una característica inherente de ésta, siendo en el presente, uno de los flujos más importantes a nivel europeo.

2.1. El contexto de Rumanía post-comunista: el precursor de las migraciones rumanas

Después de la Revolución de 1989 (entre 1965 y 1989 Rumania vive bajo la dictadura de Nicolae Ceausescu), con la caída del comunismo, en Rumania se producen no sólo cambios en el ámbito social, político y económico, sino también un corte en las vivencias, en las expectativas y en las mentalidades de la sociedad rumana. En este nuevo contexto, Rumania empieza desde cero, creando instituciones que funcionan según las normas de la democracia liberal y de la economía de mercado (Marcu, 2004). La transición al capitalismo se vive como un hecho traumático, con cambios profundos y mayor empobrecimiento. A pesar de estas condiciones, las expectativas de la sociedad van en sentido contrario.

Durante los años 1990-1996 se realiza la primera etapa de la transición. A la situación económica de aquellos años se le añade la situación económica anterior a la caída del comunismo cuando la sociedad tiene que asumir las consecuencias económicas para pagar la deuda externa del país. En 1993, la inflación alcanza el 295% (Marcu, 2007) causando un descenso en la capacidad adquisitiva de la población. A partir de 1993 se inicia el proceso de privatización de empresas. Se empieza por las pequeñas empresas mientras que las grandes se privatizan entre 1996 y 1999 (Pajares, 2007). Si en 1989, el sector privado constituye el 12.8% del Producto Interior Bruto (PIB), en 1996 este asciende a un 55% (Comisia Națională de Prognoză, 2007). Es en esta etapa cuando más puestos de trabajo se pierden, llegando la tasa de desempleo a un record de 11.5% en el año 1999 (Marcu, 2007) (ver figura 2.1).

La economía tiene repercusiones sobre el nivel de vida de las personas y su propia psicología. Las reformas iniciadas y esperadas por la población no causan los efectos deseados. El paso al capitalismo conlleva la pérdida de la protección estatal, liberalización del mercado y la disminución del gasto social. Estos hechos afectan las condiciones de vida de las personas. En 1996 se produce un fuerte descenso en los salarios (Viruela, 2004). Posteriormente, en 1999, aumenta la tasa de desempleo a causa del cierre de las minas (ver figura 2.1).

Durante los primeros años, caracterizados por cambios vertiginosos en todos los ámbitos, la primera respuesta de la sociedad es la migración de la ciudadanía de las zonas urbanas a las zonas rurales (Sandu, 2000). Si a inicios de los años 90 hay un incremento en la migración desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas, en los momentos de fuerte pérdida de empleo, se empieza a dar el efecto contrario, produciéndose un incremento de la migración de las zonas urbanas a las rurales. Las personas que migran desde las ciudades hacia el campo encuentran trabajo en la agricultura.

Aunque la lógica puede llevar a pensar que la equiparación de los niveles de vida entre las zonas rurales y las urbanas es el factor que impulsa la población a desplazarse hacia las zonas rurales, no es este el caso. Esta migración interna es producto de la crisis socio-económica y del declive de la industria urbana (Sandu, 2000). En 1990, con la Ley de Privatización del Suelo Rústico, el gobierno rumano planea la liquidación de todas las granjas colectivas y la restitución de las tierras a la propiedad privada. La descolectivización tiene lugar en todos los países ex-comunistas

tras la caída del Telón de Acero. En el caso de Rumania, donde la actividad agrícola está por encima de cualquier país europeo, las tierras son restituidas a las personas aunque no vivieran en zonas rurales o no tuvieran los medios para trabajarlas (Verdery, 2007). A pesar de las previsiones del gobierno, la reforma es caótica y lenta y la agricultura se convierte en una todavía más tradicional, de subsistencia (Verdery, 2007).

Los pueblos que reciben una migración interna de retorno al campo y, además, tienen una población joven, son los principales puntos de inicio de la emigración (Sandu, 2007). El dinero que consiguen vendiendo las tierras es utilizado para cubrir el enorme coste inicial del viaje hacia el extranjero. Se trata de personas con proyectos circulares que acaban realizando los mismos trabajos no cualificados en la agricultura (como por ejemplo, la recogida de aceitunas), pero ganando lo suficiente para mandar remesas a sus familias que se encuentran en Rumania (Verdery, 2007).

En el año 2000, el PIB tiene un crecimiento positivo, llegando a 1.2% (Marcu, 2007). Posteriormente, la situación de Rumania mejora debido a que se empiezan a negociar las condiciones de adhesión a la Unión Europea y Rumania tiene que llevar a cabo una serie de reformas políticas, sociales y económicas. En el 2002, los/as rumanos/as tienen derecho a la libre circulación en el espacio Schengen² y este hecho se convierte en un punto de inflexión en los flujos migratorios rumanos (Pajares, 2008).

Posteriormente a la caída del comunismo, uno de los problemas fundamentales con los que se confronta Rumania es el empobrecimiento de la población. La pobreza llega a cuotas alarmantes. En 1999, un 45% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza³, mientras que en 2003, la tasa aumenta alcanzando cifras impresionantes - 49% (Marcu, 2005). A partir del año 2007, la situación mejora ligeramente, llegando en el 2011 a un 40.3%. Comparando por sexos, entre el 2007 y el 2011, el porcentaje de mujeres que se sitúan en el umbral de pobreza es más alto que el de hombres, siendo la diferencia entre 1.3 y 2.3% (Institutul Național de Statistică(INS), 2014).

En cuanto a los salarios, el salario mínimo en 2002 es de 50.33 euros. Con la entrada de Rumania en la UE, el salario mínimo sobrepasa la barrera de 100 euros, situándose en 115.27 euros en 2007. En 2013 llega a 157.50 (EUROSTAT, 2014). Se puede pensar que al ser los salarios más bajos, los precios también lo son, pero tal como explica Pajares (2007), los precios de muchas cosas son similares a los precios en España. Por lo que, el nivel de vida de las personas es más bajo que en España.

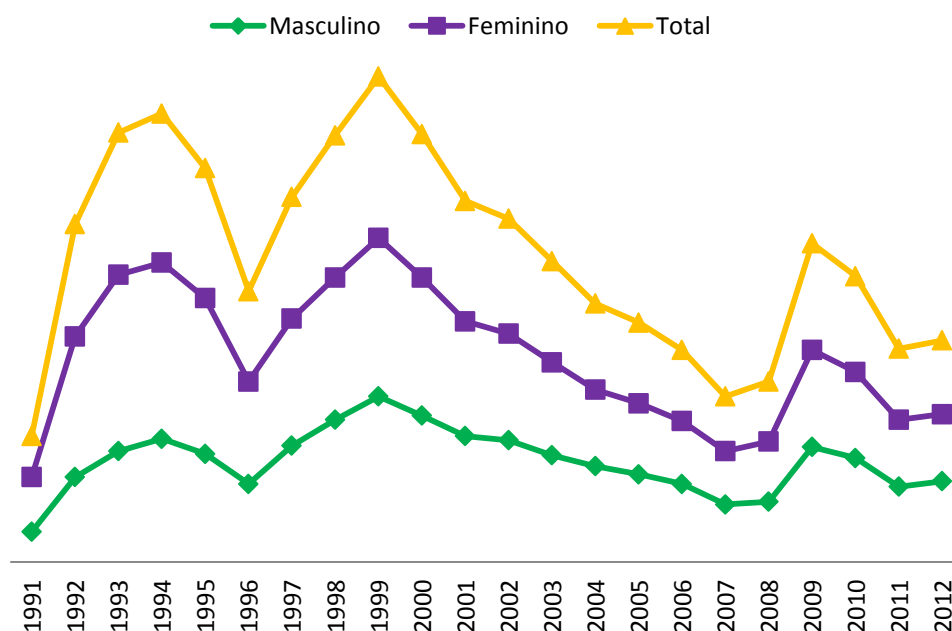
Estos factores de índole económica repercuten sobre el nivel de vida de las personas. La evolución de la población registra una tasa de crecimiento negativa, siendo ésta el resultado de la disminución continua de la natalidad, junto con un aumento de la tasa de mortalidad y la intensificación de los flujos migratorios. Así, la fecundidad relativa pasa de 2.2% hijos por mujer en 1989 a 1.3% hijos en el 2000 y a 0.9% en el 2006. Las carencias económicas se reflejan también en las carencias nutritivas y en la salud de las personas. Todos estos factores no hacen más que disminuir la calidad de vida de las personas (Marcu, 2007).

Junto a la transición institucional, económica y política, que se está realizando en Rumania hacia la democracia, la sociedad, de forma totalmente espontánea, pero no independiente de la economía del país, empieza a desplazarse al extranjero, convirtiéndose este tipo de migración en una forma de transición (Sandu, 2006b). Por primera vez después de 1989, esta migración tiene como premisa la libertad de las personas y la libre elección, aunque las razones están determinadas también, por la evolución económica del país. Según Marcu (2008), este hecho impide que Rumania viva una crisis económica y social aumentada. Sin estos flujos migratorios, la sociedad rumana se hubiera visto muy afectada y, lo más seguro, hubiera repercutido en el calendario de adhesión del país a la UE. La magnitud del fenómeno asombra y se considera una respuesta a la crisis del país, una estrategia de vida (Morokvasic, 2003), tomada de forma individual o en el seno de la familia y que, gracias a los beneficios aportados (como por ejemplo, las remesas) y a la imagen que se tiene acerca de este fenómeno, cuenta con un gran respaldo social (Viruela, 2004). En un estudio realizado en Rumania, el 80% de las personas entrevistadas perciben que la migración aumenta el nivel de bienestar de las personas (Grigoraș, 2006).

En 2007 Rumania se convierte en un estado miembro de la Unión Europea (UE). La primera parte del año viene confirmando lo sucedido años antes: hay una reducción de la inflación y el índice PIB/habitante sigue mejorando tal como había sucedido durante los últimos cinco años (Banca Națională Română (BNR), 2007). A partir de la segunda mitad de ese mismo año hay un nuevo rumbo en la economía del país con el telón de fondo de la crisis desencadenada en EEUU. En el 2008, Rumania es el país de la UE con mayor tasa de crecimiento (9.1% frente al 1.7% de la media europea). Ya en el año 2009, el panorama cambia y el desencadenamiento de la recesión económica, sitúa a Rumania como uno de los países más afectados. Por esta razón, en 2009

Rumania solicita un préstamo de 20.000 millones de euros al Fondo Mundial Internacional (FMI), la UE y otras instituciones (BNR, 2009).

Figura 2.1. Evolución de la tasa de desempleo en Rumania según los sexos: 1991-2012



Fuente: INS, Bucarest. Elaboración propia.

No se puede hablar de una única razón al hablar de las motivaciones que mueven a las personas hacia la migración a pesar de que existe una clara tendencia a explicar estas motivaciones en términos económicos. Teniendo en cuenta diferentes factores, a lo largo de este apartado, sin pretensiones de exhaustividad, se ha visto que éstas pueden ser múltiples. En un análisis pormenorizado realizado por Pajares (2007), se demuestra que no solo las razones económicas explican por qué las personas rumanas cuentan con tantos desplazamientos al extranjero. En primer lugar, las diferencias entre la renta per cápita entre países de la Europa del Este y países de la Europa Occidental son abismales, pero también existen diferencias entre los propios países de la Europa del Este y no son los países con menor nivel económico los que más emigran. Tampoco lo es el desempleo ya que Rumania no es uno de los países más afectados, tal como se puede ver en la figura 2.1. Lo mismo sucede con los factores demográficos: tanto en los países de la Europa del Este como en los de la Europa Occidental hay un descenso de natalidad similar y, por lo tanto, la incorporación de los jóvenes al mercado laboral también sufre fuertes descensos. Dejando aparte las razones exclusivamente

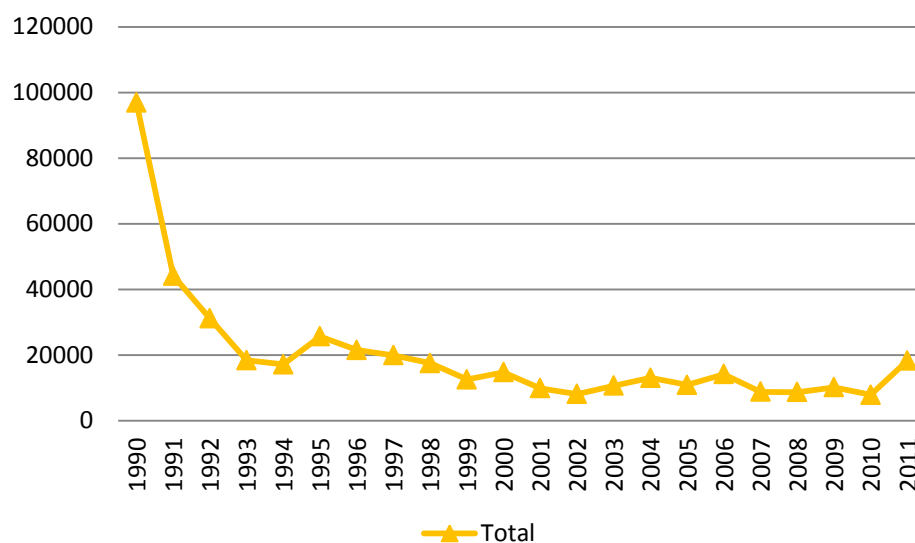
económicas, las expectativas de la población rumana que cuenta con estudios no se ven cubiertas (Viruela, 2004). Existe una percepción que va trascendiendo a lo largo de los años: las perspectivas del desarrollo laboral en función de la formación académica son escasas y la precariedad laboral existe en todos los sectores. Por todas estas razones, la migración se aprecia de forma positiva y el 11% de las/os rumanas/os contemplan la posibilidad de migrar en el futuro (Sandu, 2006). Asimismo, los factores cognitivos y emocionales son muy importantes debido a que los/as migrantes están valorando los posibles beneficios, en el caso de que se trasladen a otro país (Sandu, 2006), en un primer momento de forma temporal y, en ocasiones, de forma permanente.

2.2. Las dinámicas migratorias rumanas después de 1989

Hablar de una estimación fiable con respecto al número de migrantes rumanos/as en el mundo, hoy por hoy, es una tarea prácticamente imposible. El número exacto de las personas que salen de Rumania después de 1989 es difícil de calcular debido a que los datos recogidos por diferentes organismos rumanos están incompletos. Al consultar los datos proporcionados por el INS, éste advierte sobre el carácter subestimado del número de emigrantes rumanos/as y, por lo tanto, del fenómeno al que da lugar, la sobreestimación de la población rumana. De esta forma, en el censo realizado en Rumania en el año 2011, se estima que hay 727.540 personas rumanas que llevan viviendo más de 12 meses fuera del país (migración de larga duración) y 385.729 personas que estarán menos de 12 meses (migración de corta duración). Los datos no sorprenden ya que el número calculado se realiza a partir de las respuestas de los familiares de estas personas. Por lo tanto, no se tienen en cuenta las personas que a la hora de realizar el censo vivían junto con toda la familia en el extranjero.

Según EUROSTAT (2014), en 2011 hay más de 2.3 millones de rumanos/as que viven fuera de Rumania. En cambio, hay autores que señalan que la población rumana que reside en el extranjero podría llegar a los cinco millones (Viruela, 2004). En la figura 2.2 se describe la evolución del número de rumanos/as que salen de Rumania entre 1990 y 2011 y en la tabla 2.1; estos datos se presentan en función del sexo. Tal como se indica anteriormente, estos datos son subestimados, pero a pesar de esta advertencia sirven para presentar el panorama de las dinámicas migratorias rumanas después de 1989.

Figura 2.2. Evolución del número de rumanos/as que salen de Rumania entre 1990 y 2011



Fuente: INS, Bucarest. Elaboración propia.

El paso del tiempo y el análisis minucioso de una serie de factores arrojan luz sobre los flujos de migración rumana después de la Revolución de 1989. Si en la estimación del número de los/as migrantes rumanos/as los datos no coinciden, hay acuerdo a la hora de dividir los flujos en cuatro etapas: la primera etapa entre los años 1990 y 1995, la segunda etapa que se corresponde con los años 1996 y 2001, la tercera etapa (2002-2006), y por último, la cuarta etapa que abarca desde el año 2007 hasta 2015. A continuación, se pasa a la descripción sucinta de estas cuatro etapas.

2.2.1. La primera etapa: 1990-1995

En esta primera etapa, hay dos formas de migración que cobran protagonismo: la migración étnica y la migración temporal laboral. Según el INS, en estos años salen de Rumania aproximadamente 233.508 personas (ver tabla 2.1). Con la libertad de movimiento adquirida después del régimen comunista, sólo en 1990 hay 96.929 personas que salen de Rumania. Como se comenta anteriormente, los datos proporcionados por el INS y los obtenidos a través de otras investigaciones difieren bastante. Mientras que el INS recoge los datos de aquellas personas que a través de los organismos oficiales declaran salir del país, el estudio dirigido por Sandu (2006b) tiene

como fuente la información proporcionada sobre 4791 personas recogida de 1400 casas en 31 regiones de Rumania. A lo largo de este capítulo, se habla de ambas fuentes para, de esta forma, dar una visión más real sobre el fenómeno migratorio rumano.

En cuanto a los destinos, al inicio de los años 90, Israel y Turquía son los principales países de destino de los/as emigrantes rumanos/as, siendo Italia, Alemania y Hungría los destinos secundarios. Casi una quinta parte de estas personas se van a Israel (Sandu, 2006b). Más del 75% de las personas que salen de Rumania son personas de origen alemán y el resto son personas de origen húngaro y judío (IOM, 2008). Esto se explica debido a que la migración de esta etapa es sobre todo migración étnica. En cambio, si se examinan las cifras, una vez más, se observa que éstas están subestimadas (ver tabla 2.1) ya que en 1991, las estadísticas de Alemania muestran que en este país entran 84.165 rumanos/as; en 1992, 121.291 y en 1993, 86.569. Posteriormente estas cifras van bajando, pero en 2007 hay un nuevo crecimiento de rumanos/as que se desplazan a este país (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012).

Tabla 2.1 Número de rumanos/as que salen de Rumania entre 1990 y 2011, según el sexo

Año	♀	♂	Total
1990	50.594	46.335	96.929
1991	22.949	21.211	44.160
1992	15.067	16.085	31.152
1993	9.695	8.751	18.446
1994	9.260	7.886	17.146
1995	14.197	11.478	25.675
1996	11.447	10.079	21.526
1997	10.522	9.423	19.945
1998	9.076	8.460	17.536
1999	6.736	5.858	12.594
2000	7.955	6.798	14.753
2001	4.910	5.011	9.921
2002	4.454	3.700	8.154
2003	6.260	4.413	10.673
2004	8.148	4.934	13.082
2005	6.828	4.110	10.938
2006	8.856	5.341	14.197
2007	5.742	3.088	8.830
2008	5.670	3.069	8.739
2009	6.443	3.768	10.211
2010	4.989	2.917	7.906
2011	9.780	8.527	18.307

Fuente: INS, Bucarest. Elaboración propia.

La migración por trabajo, en esta etapa, es un primer paso, un acercamiento a los trabajos encontrados en otros países. Es en la segunda etapa cuando los nuevos destinos por motivos de laborales empiezan a tomar forma (Alexe, 2011). Los aspectos económicos, el bajo nivel de vida y el deseo de mejorarlos pesan a la hora de tomar el camino de la migración en esta etapa. Además, existe otro factor, las redes sociales, ya que junto a los/as emigrantes rumanos/as de diferentes orígenes étnicos, hay emigración de personas que no pertenecen a ninguna minoría étnica, pero por las relaciones que mantienen con estos, se desplazan también. Por ejemplo, en el caso de Israel, hay empresas que ofrecen puestos de trabajo y los desplazamientos se realizan de forma legal (Lăzăroiu, 2003). Otros destinos elegidos son Canadá, EEUU y Francia. Las personas que se desplazan a estos países son personas jóvenes que tienen estudios superiores (Sandu, 2006b).

2.2.2. Las etapas segunda y tercera: 1996-2006

Si en la primera etapa (1996-2001) la tasa de emigración se sitúa en 5%, en la segunda etapa (2002-2006) se produce un aumento hasta llegar a un 7% (Marcu, 2007). En esta etapa anterior a la entrada de Rumania en el espacio Schengen, la emigración permanente disminuye, aumentando la emigración temporal por razones de trabajo motivada por la búsqueda de un mejor nivel de vida (Constantin, Nicolescu y Goschin, 2008). Las provincias de Rumania que destacan por tener el mayor número de rumanos/as que emigran son Moldavia, Muntenia y Transilvania. Las migraciones que se producen entre 1990 y 2001 tienen un fuerte carácter de regionalización, de tal manera que las personas de Moldavia se dirigen hacia Italia e Israel; las personas de Dobrogea se van a Italia y Alemania; las personas de Transilvania se desplazan a Hungría; las personas de Muntenia emigran a Turquía; hay un predominio de las personas de Oltenia hacia Canadá y para la población de Bucarest que decide emigrar, Grecia es el destino favorito. Las personas que trabajan de forma irregular pasa de 34% a 53% (Sandu, 2006b).

Los flujos migratorios son moderados en los años anteriores a 2002, pero esto cambia con la entrada de Rumania en el espacio Schengen ya que ahora la tasa de emigración se sitúa entre 10 y 28% (Marcu, 2007). Comparativamente con la etapa anterior, después del año 2002 se triplica el número de emigrantes (Lazaroiu, 2003). Por

eso, algunos autores llegan a hablar de esta tercera etapa como la etapa de la emigración circular (por ejemplo, Alexe, 2011; Pajares, 2007). Es una emigración de carácter temporal en la que las personas aprovechan los tres meses que una persona rumana puede residir en un país del espacio Schengen sin necesidad de visado. Es común salir de Rumania con el objetivo de trabajar durante tres meses en un país perteneciente al espacio Schengen para que al cabo de estos meses se produzca un retorno a Rumania.

Durante esta etapa, predominan dos países de habla latina: Italia y España. Italia domina con una absorción de un 40% del total de los/as emigrantes por razones de trabajo mientras que España atrae un 18% del total de los/as mismos/as (IOM, 2008). Se considera que las razones por las que los/as rumanos/as empiezan a desplazarse a estos países tienen que ver con la similitud entre la cultura rumana y las culturas de estos países (Sandu, 2006b), pero también con la percepción según la cual existen muchas posibilidades de legalizar su situación (Viruela, 2007).

La configuración en cuanto a los sexos va cambiando ya que si en la primera etapa hay más hombres que salen de Rumania (según los datos proporcionados por Sandu, 2006b), después de 2001 se produce un equilibrio entre los sexos, de tal manera que el porcentaje de los hombres que salen de Rumania llega al 55% mientras que el de mujeres al 45%. Las actividades que realizan las mujeres y los hombres son diferentes. Mientras que las mujeres se dedican al servicio doméstico, los hombres se dedican a las construcciones. El 74% de las mujeres que trabajan en el servicio doméstico, lo hacen sin contrato. En el ámbito de la agricultura, las personas que no tienen contrato representan un 56% (Sandu, 2006b).

Otra característica destacable de estas dos etapas es el apoyo por parte de amistades y familiares. En la primera etapa, sólo el 22% de las personas que inician el proyecto migratorio lo hacen contando con apoyo, lo que pone de manifiesto que el camino de la migración es más bien individual en estos momentos. Con el paso del tiempo, el número de las personas desplazadas aumenta dando lugar a un crecimiento de las redes de apoyo. Tal como se puede esperar, en la etapa de 1996-2001, un 40% de los/as emigrantes cuentan con el apoyo de alguien a la hora de migrar. Después de 2001, este porcentaje alcanza un 60% siendo los familiares que viven en la misma zona los que más ayuda proporcionan (un 23%), seguidos por las amistades (16%) y de los/as conocidos/as de la misma zona. Estas personas que apoyan a los/as nuevos/as emigrantes se encuentran en el país de destino. Son ellas las que van a ayudar a

encontrar un nuevo trabajo, y no las empresas intermediarias, tal como sucedía en la primera etapa (Sandu, 2006b).

2.2.3. La cuarta etapa: 2007-2015

Una nueva etapa se inicia a partir de 1 de enero de 2007, cuando Rumania se convierte, oficialmente, en uno de los países de la UE. La entrada de Rumania supone ciertas facilidades para los/as nuevos/as emigrantes, pero, al mismo tiempo, los demás países de la UE adoptan dos posturas: abrir las fronteras de los mercados de trabajo para los/as migrantes rumanos/as o imponer restricciones temporales. El caso de la decisión tomada por España se describe en el siguiente apartado 2.3. La evolución de los flujos migratorios rumanos en España (2.3.4. La cuarta etapa: 2007-2015, págs. 35-39).

Excepto Finlandia y Suecia todos los demás países imponen un periodo transitorio durante el cual hay restricciones laborales para los/as rumanos/as y búlgaros/as. Según Ferrero (2009), uno de los factores para imponer restricciones laborales es la mala imagen que se tiene de los/as rumanos/as y búlgaros/as en el contexto europeo en el momento de la adhesión. Los imaginarios que se tienen sobre la inmigración rumana en la mayoría de los países europeos, identifican a esta población con la minoría gitana y/o con imágenes vinculadas a la pobreza extrema pero también a la delincuencia o la conflictividad (Pajares, 2007). Las economías rumana y búlgara se consideran más débiles y por eso se considera que hay un mayor incentivo para inmigrar. Asimismo, existe un fuerte temor a desplazar a los/as trabajadores/as autóctonos/as y causar un descenso salarial (Ferrero, 2009). Pero estos temores, según la misma autora, están relacionados con el miedo que la apertura de las fronteras hacia el Este podría causar sobre la opinión pública y las consecuencias sobre las políticas internas de cada país. De hecho, en un informe elaborado por la Comisión Europea (2011), se precisa que el flujo de recepción de rumanos y búlgaros en Italia y España (que supone el 70% de la población de estos ciudadanos) tiene un impacto estimado en 1.7% sobre el PIB, en el caso de España y 1.3%, en el caso de Italia.

En el año 2010, en Rumania se producen reducciones salariales que aceleran la toma de decisión de migrar a otros países. En 2010, se calcula que 2779 médicos/as rumanos/as solicitan en sus respectivos colegios un certificado para poder trabajar en el extranjero (Colegio Oficial de los Médicos de Rumania, 2014). Estos/as declaran como

los principales destinos: Francia, Gran Bretaña y Alemania. Después del año 2007 se produce un incremento de los flujos cualificados a otros países europeos, con especial presencia de médicos/as, arquitectos/as, economistas, especialistas en informática (Alexe et al., 2011).

Esta nueva etapa se diferencia de las tres anteriores por tratarse de una movilidad por razones de trabajo de profesionales cualificados/as y altamente cualificados/as en el contexto de la crisis económica existente en Europa. Otra cuestión que se aborda en estos momentos es el retorno de los/as antiguos/as migrantes. Entre 2008 y 2010 se empieza a hablar de dicho retorno entendiéndose la migración como un fenómeno de tipo circular. Este retorno no se produce ya que los/as rumanos/as no vuelven tal como las autoridades esperan (Alexe et al., 2011).

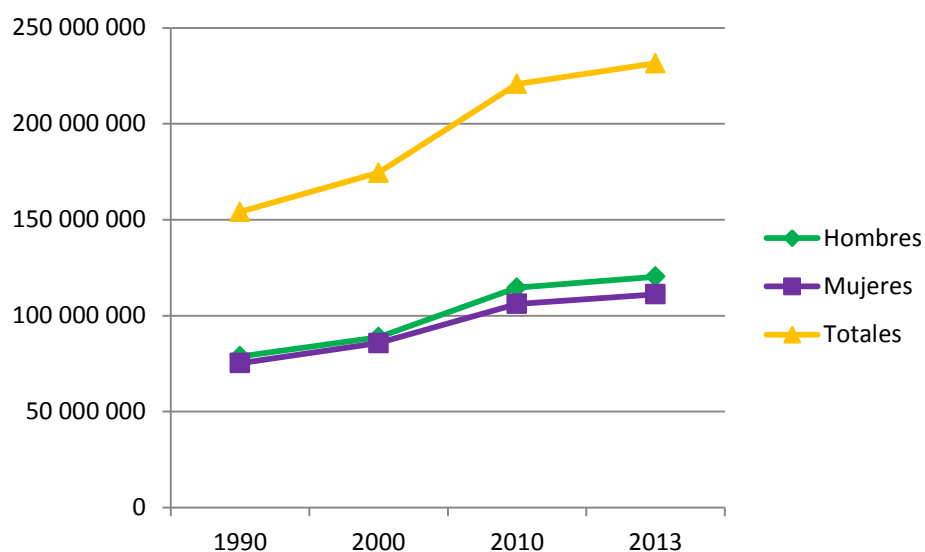
Las pérdidas para el estado rumano en el caso de este tipo de migración son evidentes. En las etapas anteriores, las migraciones se producían como una respuesta al contexto económico, social y político rumano, aliviando a través de las remesas enviadas a Rumania la situación económica de muchas familias. La migración con toda la familia es otra característica distintiva de este tipo de migración (Alexe et al., 2011).

2.3. La evolución de los flujos migratorios rumanos en España

Actualmente, hay aproximadamente 232 millones de migrantes en el mundo (Naciones Unidas, 2013). Desde 1990, el número de migrantes va creciendo, situándose la cifra en ese mismo año en 154 millones de migrantes (ver figura 2.3). Este es el momento de la historia en el que más gente vive fuera de su país de origen, pero también crece el número de habitantes en el mundo, por lo tanto, el porcentaje se mantiene.

Tal como se puede apreciar en la figura 2.3., el número de mujeres migrantes es parecido al de los hombres. En 1990, el 48.8% del número total de inmigrantes son mujeres; en 2000, este porcentaje sube hasta un 49.1%; en el 2010, hay un descenso alcanzando el 48.1% y, por último, en 2013, las mujeres llegan a representar el 48%. Los datos difieren en función del país, siendo el número de mujeres, en ocasiones, más alto que el de hombres.

Figura 2.3. Número de migrantes en el mundo



Fuente: Naciones Unidas. Elaboración propia.

Los principales países de destino se pueden consultar en la tabla 2.2. Además, los datos se presentan desagregados por sexos.

Tabla 2.2. Principales países receptores de migrantes en el mundo

Países	♀	♂	Total
Estados Unidos de América (EEUU)	23.377.867	22.407.223	45.785.090
Federación Rusa	5.624.149	5.423.915	11.048.064
Alemania	5.138.163	4.707.081	9.845.244
Arabia Saudí	2.623.163	6.437.270	9.060.433
Emiratos Árabes Unidos	1.976.801	5.850.180	7.826.981
Reino Unido	4.037.864	3.786.267	7.824.131
Francia	3.827.566	3.611.520	7.439.086
Canadá	3.804.764	3.479.305	7.284.069
Australia	3.254.689	3.213.951	6.468.640
España	3.272.761	3.193.844	6.466.605

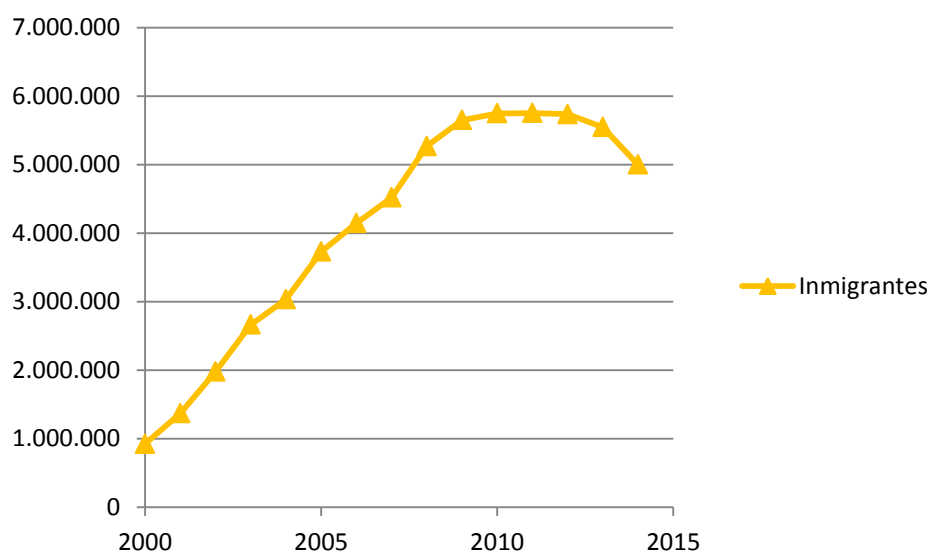
Fuente: Naciones Unidas. Elaboración propia.

La situación de España durante los últimos 50 años ha cambiado drásticamente. Si en los años 60, España es considerada un país de emigración (Arango, 1999; Criado, 2001), el número creciente de inmigrantes a partir del año 2000 hace que el panorama sea diferente. En el período 1990-2005, España es, junto con EEUU y Alemania, uno de los países del mundo con más inmigración (Tamames, Pajares, Pérez y Debasa, 2008). Durante los últimos 14 años, la cifra de inmigrantes ha crecido, pasando de 923.879 en el 2000 a 5.000.258 en el año 2014 cifra que representa un 10.7% de la población total

(INE) (ver figura 2.4). En la figura 2.5 se pueden consultar los datos de los principales países de origen de los/as inmigrantes que viven en España.

La migración rumana empieza a intensificarse a partir de los años 2000 y sigue creciendo hasta que, en el año 2008, el colectivo rumano se convierte en el primer colectivo de inmigrantes del territorio español, seguido por el colectivo ecuatoriano y marroquí. Desde entonces y hasta el presente, este colectivo sigue siendo el más numeroso en nuestro país de tal forma que a 1 de enero de 2014 hay 795.513 rumanos/as en España según los datos del Padrón Continuo. En función de una serie de variables que se verán a continuación, la evolución de la presencia rumana en España tiene sus propias características. Por ello, a continuación se pretende realizar una radiografía de las migraciones rumanas en España.

Figura 2.4. Evolución del número de inmigrantes en España entre 2000 y 2014



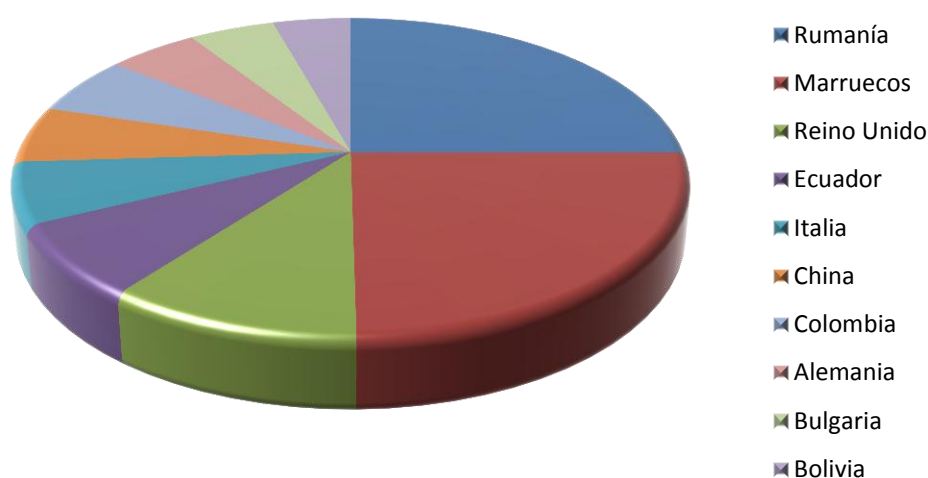
Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

2.3.1. Los inicios: los/as pioneros/as de la migración rumana en España

Los inicios de los flujos migratorios rumanos en España están formados por proyectos individuales, en solitario, de personas que ven frustrados sus sueños de llegar a EEUU y es la coyuntura la que provoca que el destino, finalmente, sea España. De esta forma, un grupo de rumanos/as adventistas pretenden llegar a EEUU, pero por un control de las autoridades españolas, se ven obligados a quedarse en España (Serban, 2006).

Durante estos años la entrada de los/as rumanos/as en España es difícil y costosa puesto que España no forma parte del espacio Schengen hasta 1992. Esto hace que sea más complejo conseguir visado para España. En cambio, los/as rumanos/as que quieren migrar finalmente encuentran alternativas, comprando visados para Francia y, posteriormente, pasando a España de forma clandestina (Șerban, 2006). Las Olimpiadas de Barcelona se convierten en una oportunidad para conseguir un visado para turistas y muchos/as aprovechan esta ocasión (Marcu, 2007).

Figura 2.5. Los principales países de origen de los/as inmigrantes que viven en España



Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

Durante estos años la entrada de los/as rumanos/as en España es difícil y costosa puesto que España no forma parte del espacio Schengen hasta 1992. Esto hace que sea más complejo conseguir visado para España. En cambio, los/as rumanos/as que quieren migrar finalmente encuentran alternativas, comprando visados para Francia y, posteriormente, pasando a España de forma clandestina (Șerban, 2006). Las Olimpiadas de Barcelona se convierten en una oportunidad para conseguir un visado para turistas y muchos/as aprovechan esta ocasión (Marcu, 2007).

En estas condiciones, después de utilizar una de estas dos modalidades, visado turístico o entrada fraudulenta, algunos/as rumanos/as optan por solicitar asilo y refugio. La reciente salida de Rumania de una dictadura permite a los/as rumanos/as ser considerados/as solicitantes de asilo y refugio hasta 1992 cuando se firma el Acuerdo de

Asociación y la posterior solicitud de ingreso en la UE. Para poder iniciar los trámites de adhesión a la Unión Europea, uno de los requisitos que el país tiene que cumplir es el de ser un país democrático (Marcu, 2007). Posteriormente a esta fecha ya no se conceden ni asilo ni refugio, pero el simple hecho de solicitarlo permite a los/as ciudadanos/as de este país estar en una situación de espera hasta la resolución de los trámites. La situación irregular reduce la posibilidad de volver a Rumania durante estos años. En esta etapa, los trabajos encontrados son la construcción para los hombres y el servicio doméstico para las mujeres.

Dado que el número de rumanos/as a lo largo del periodo 1990-1992 es muy escaso (ver figura 2.6.), la información sobre el trabajo es muy valorada. Pero a pesar de las pocas conexiones, el trabajo se encuentra a través de las redes de apoyo existentes que los/as primeros/as rumanos/as establecen entre ellos/as, pero también con los/as ciudadanos/as españoles/as. La Iglesia Ortodoxa está establecida en la Península desde los años 70 (Marcu, 2007). En estos primeros momentos, para los/as que dejan la comodidad de su país, la Iglesia Ortodoxa es un refugio no sólo espiritual, sino también un punto de información importante. Con el tiempo, las iglesias rumanas, no sólo la ortodoxa, sino también las protestantes, se convierten en un apoyo para los/as migrantes rumanos/as. El encuentro con oriundos/as facilita varias soluciones para los/as nuevos/as llegados/as: encontrar una vivienda o un trabajo, informar sobre los diferentes trámites que se tienen que realizar y otras dificultades que encuentran a lo largo de sus proyectos migratorios.

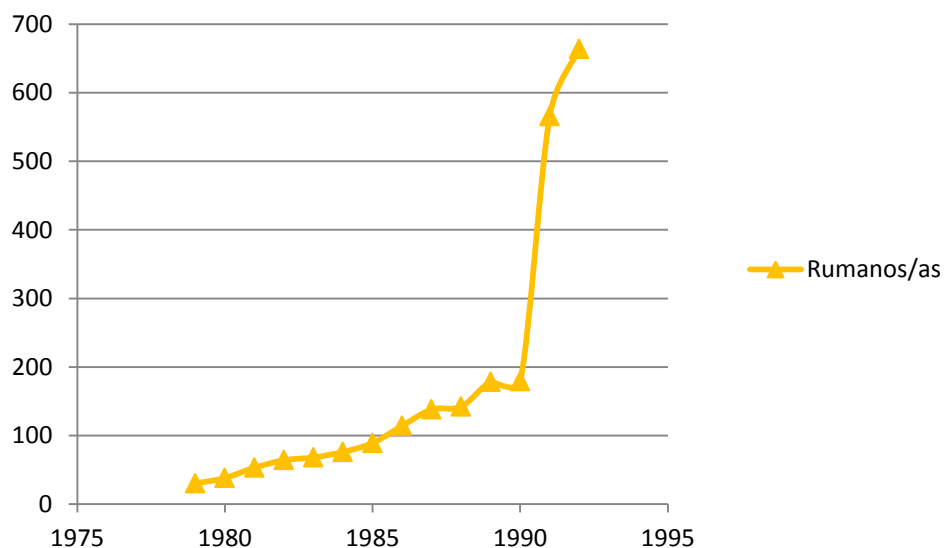
2.3.2. La segunda etapa: 1992-2001

Entre 1990 y 1995, a España se dirige sólo el 2% de las personas que salen de Rumania (Serban y Mihai, 2006). El alcance cuantitativo de los/as rumanos/as que se dirigen a España es ínfimo, pero en esta segunda etapa, entre 1992 y 2001, las estadísticas muestran un cambio importante. Si en 1992 hay 664 rumanos/as que viven en España, casi dos lustros más tarde, en 2001, en España viven 31.316 rumanos/as (ver figura 2.6).

A partir de 1992, España ya es un país del espacio Schengen y esto influye en las nuevas modalidades de acceso al país. Se puede solicitar visado turístico para cualquier país perteneciente a dicho espacio, aumentando las opciones de las personas que se plantean salir de Rumania. Así, parte de la población rumana que sale de Rumania en esta etapa lo hace con un visado para Alemania (Diminescu, 2001). El tráfico de visado

adquiere una dimensión importante. Utilizando esta vía, el visado se puede obtener pagando hasta 1300 dólares, el equivalente al salario medio de un año (Șerban y Grigoraș, 2000). Para la compra de un visado en el mercado negro se utiliza el dinero ahorrado, la ayuda de familiares, o hipotecando o vendiendo los bienes que se poseen (Viruela, 2004). Pero también hay otras formas menos costosas de conseguir un visado: se puede obtener una invitación a nombre del potencial migrante, pudiendo preparar la entrevista, en el caso de que ésta fuera necesaria, con la misma persona que se encarga de obtener la invitación. Por último, se pueden iniciar los trámites para la obtención de dicho visado con documentos falsos (Șerban, 2006). Según la misma autora, hay personas que se dedican exclusivamente al mercado negro de los visados, pero también personas para las que es una segunda fuente de ingresos; personas que se dedican a enviar una invitación a cambio de una pequeña cantidad de dinero (en general, conocen a la persona solicitante) y conocidos/as que aceptan (eventualmente) una (pequeña) cantidad de dinero. Esta última práctica se considera una forma de ayuda ya que en algunos casos, las personas ayudadas pertenecen al mismo pueblo o región de Rumania (Marcu, 2007).

Figura 2.6. Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 1979 y 1992



Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

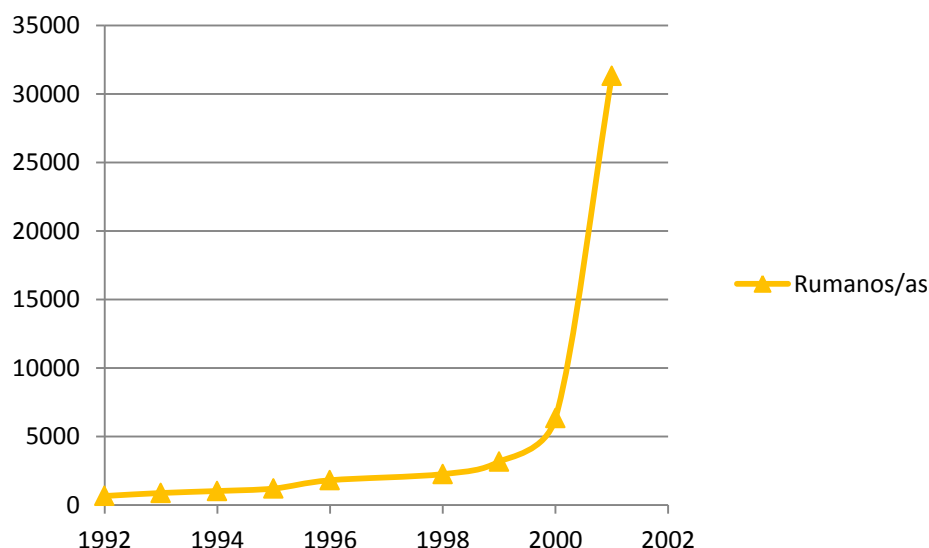
Durante estos años, se produce un aumento en los flujos migratorios de rumanos/as hacía países como España o Italia. Algunas de las razones de este cambio son las oportunidades laborales, la facilidad de aprendizaje de idiomas y la existencia de redes de rumanos/as ya formadas en estos países durante los primeros años posteriores a la Revolución del 89 (Marcu, 2010). En cuanto al mercado laboral, los hombres encuentran trabajo en la agricultura, la industria (cerámica, calzado, etc.), la construcción (como peones albañiles, fontaneros, yeseros), en la hostelería, en talleres mecánicos y de carpintería y en los transportes mientras que las oportunidades laborales para las mujeres son más limitadas. Ellas trabajan en sectores como la agricultura, en empresas de confección de tapicerías para automóviles, la hostelería, etc., siendo el sector dominante el servicio doméstico, en tareas de limpieza y de cuidado de ancianos/as y enfermos/as, y también en la prostitución (Viruela, 2004). El trabajo informal es una forma conocida por la población rumana durante el comunismo y después de los 90 llega a tomar gran calado en la sociedad proporcionando más de la mitad del consumo de los hogares rumanos (Duchêne, 1999).

Como consecuencia de las condiciones que los/as trabajadores/as tienen en la economía sumergida y, siendo los empleos temporales u ocasionales, hay una alta movilidad laboral. Los puestos ocupados por la población rumana no guardan relación con el nivel educativo alcanzado. En efecto, hay mujeres que son médicas, enfermeras, técnicas especialistas, pero al llegar a España trabajan en el servicio doméstico (Colectivo IOÉ, 2003). A pesar de esta sobrecualificación experimentada también por los hombres, posteriormente a las regularizaciones que tienen lugar en 2000-2001, surgen nuevas oportunidades de empleo. Es ahora cuando se abandona el mercado de trabajo informal y los empleos más precarios (Viruela, 2004) y se insertan en el mercado regular.

Las percepciones que la sociedad española tiene acerca de las/os rumanos/as en estos momentos juegan un papel importante a la hora de encontrar trabajo. Los empresarios españoles les prefieren antes que a otros colectivos por el hecho de ser europeos, por sus rasgos físicos, por el elevado nivel de instrucción y cualificación profesional, por su responsabilidad y carácter disciplinado, etc. Esto se percibe sobre todo cuando en un determinado sector, el puesto de cierta responsabilidad se le ofrece antes a un/a rumano/a que a otra persona de otra nacionalidad. Por lo tanto, el ser considerados más responsables, disciplinados, eficientes, fieles, dóciles y poco

reivindicativos, lo contrario que las personas de otras nacionalidades, aumenta su empleabilidad (Viruela, 2004).

Figura 2.7. Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 1992 y 2001



Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

2.3.3. La tercera etapa: 2002-2006

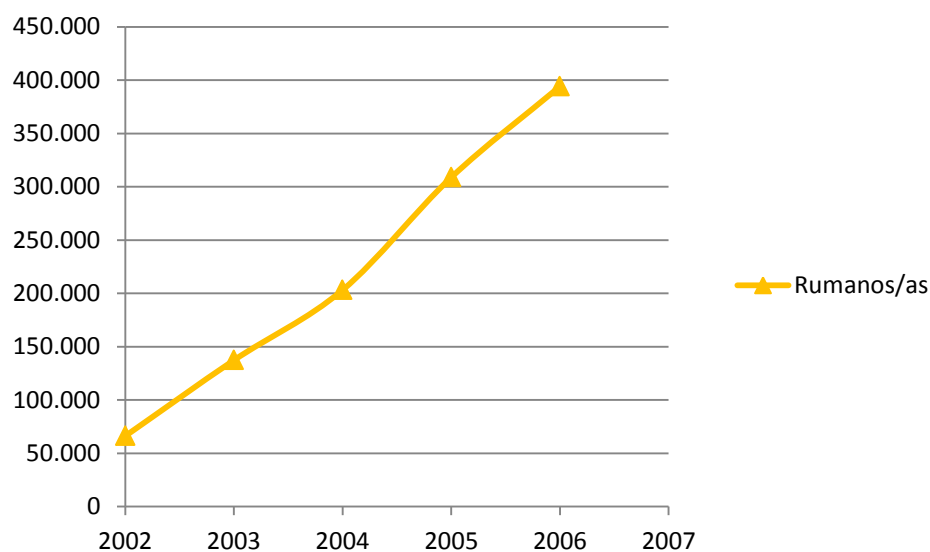
Esta tercera etapa viene marcada por la supresión de visado para la población rumana en el Espacio Schengen el 1 de enero de 2002. Este acontecimiento es un punto de inflexión en la migración que llega desde Rumania y es ahora cuando España se convierte en el segundo destino elegido por los/as rumanos a la hora de desplazarse en el extranjero (Șerban y Mihai, 2006). En 2002, en España viven 66.226 rumanos/as, representando un 3.35% del total de población extranjera. Se trata de un colectivo masculinizado en tanto que el 61.10% del total de la población rumana son hombres. En cuanto a la distribución por edades, el 84.66% de la población rumana empadronada en España, tiene edades comprendidas entre 20 y 54 años (INE, 2001). Según los mismos datos del Padrón Municipal en el año 2006 se registran 394.078 personas de dicha nacionalidad, lo que representa el 9.51% del total de población extranjera. La evolución de estos datos se puede consultar en la figura 2.8.

Los costes se reducen sensiblemente. Si anteriormente se paga el visado, este coste queda eliminado en esta etapa que dura entre 2002 y 2006. En estos momentos, los/as rumanos/as salen al extranjero como turistas, pero no pueden realizar una actividad remunerada y tienen que volver a Rumania en un plazo de tres meses. Para este tipo de viajes turísticos, se necesita pasaporte, seguro médico, billete de ida y vuelta y aproximadamente 100 euros por persona y día de estancia. Sin embargo, muchos/as se convierten en inmigrantes en situación irregular cuando superan esos tres meses (Viruela, 2004). Las agencias turísticas se adaptan a estos nuevos cambios ampliando la oferta de transporte a España. Además, esta disminución de costes es facilitada por las redes de apoyo, de tal forma que cada nuevo/a emigrante disminuye los costes de los siguientes (Marcu, 2013).

La nueva situación crea las condiciones propicias para la movilidad circulatoria laboral para algunas personas. Entran en España como falsos turistas y tras los tres meses permitidos, algunas personas se convierten en trabajadores en situación irregular mientras que otras vuelven a Rumania para invertir las ganancias obtenidas y después de un tiempo volver a salir de nuevo hacia España (Marcu, 2007).

Si en las etapas anteriores, algunos/as rumanos/as apuestan por un proyecto migratorio individual, es ahora cuando las personas prefieren contar con el apoyo de sus familiares, amistades y conocidos/as, probablemente por la presión del tiempo de permanencia en el Espacio Schengen, en el caso de los/as que quieren aprovechar la ocasión de la movilidad circulatoria laboral. Estas redes son un elemento clave en la elección de los lugares de origen y de destino. Si se analizan los datos estadísticos, se pueden observar los “efectos de llamada” de los/as primeros/as que emigraron: hay una mayor representación de población rumana procedente de la misma localidad o región de procedencia (Viruela, 2008). Las asociaciones de inmigrantes empiezan a tomar más protagonismo puesto que median entre las potenciales empleadas de hogar y las familias españolas. Las informaciones a través de las redes sociales que se van tejiendo empiezan a hacer sentida su presencia en Rumania también. La imagen que se tiene en Rumania sobre España empieza a tomar forma: es fácil encontrar trabajo sin necesidad de documentos y existe la posibilidad de regularización, las condiciones de vida son mejores, es fácil aprender el idioma (el rumano también es lengua latina). La información sobre España es ya un tema de moda en los medios de comunicación (Pajares, 2008).

Figura 2.8. Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 2002 y 2006



Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

Aparte de estos proyectos individuales que representan la forma más común de salir de Rumania, hay otras modalidades de salida: aproximadamente un 7% de las salidas de Rumania están mediadas por el estado rumano a través de Oficiul pentru Migrația Forței de Muncă (OMFM)-Oficina para la Migración de la Mano de Obra, posteriormente convertida en Agentia Nationala pentru ocuparea Forței de Munca (ANOFM)-Agencia Nacional para la Ocupación de la Fuerza de Trabajo; las empresas privadas de mediación también brindan una posibilidad de encontrar un trabajo en España, representando el 2% de estas salidas (Serban y Mihai, 2006). No obstante, este tipo de contratación no está exenta de irregularidades. A menudo los derechos de los/as trabajadores/as, a pesar de ser esta la vía legal, no se cumplen (Pajares, 2008). Se considera que la regularización producida en 2005 (el proceso de normalización) es importante para la inmigración rumana puesto que multiplica casi por tres el número de personas legalmente insertadas en el mercado laboral (se pasa de 63.926 personas rumanas en alta laboral en la Seguridad Social en enero de 2005 a 159.649 en enero de 2006) (Pajares, 2008).

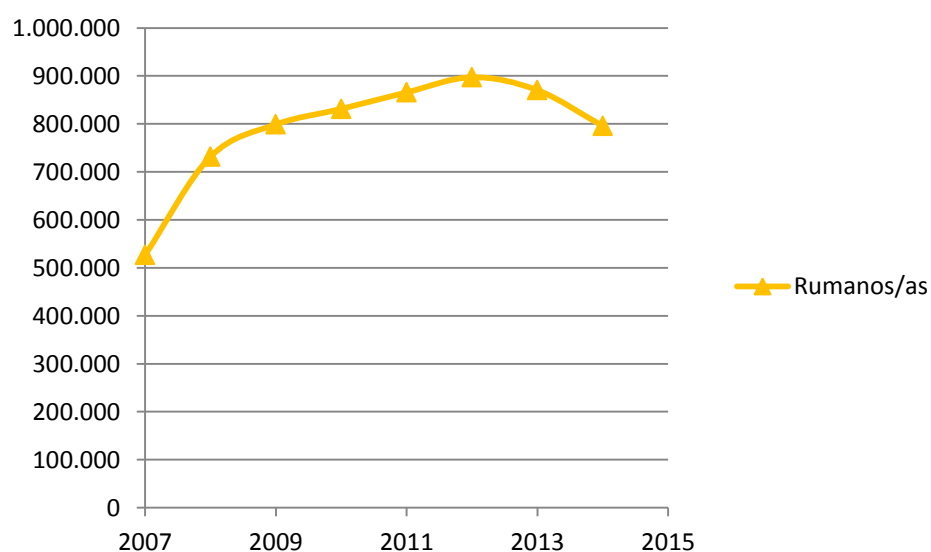
En cuanto a la vivienda, la situación contrasta con la facilidad para entrar en España. Al haber aumentado el número de inmigrantes, por lo menos en las grandes ciudades, es mucho más difícil acceder a una vivienda. En algunos casos, llegan a

concurrir en una misma vivienda hasta 10-15 personas, dificultando la convivencia de estas personas (Marcu, 2007).

2.3.4. La cuarta etapa: 2007-2015

Esta última etapa comienza en 2007, y está marcada por el ingreso de Rumania en la UE (Marcu, 2013). En solo un año, los flujos aumentan desde 394.078 a 527.019, (ver figura 2.9) convirtiéndose los/as inmigrantes rumanos/as en ciudadanos/as europeos/as con libre derecho de circulación (Favell, 2008). Es una etapa formada por diferentes estampas en función de la situación económica atravesada por España.

Figura 2.9. Evolución del número de rumanos/as que viven en España entre 2007 y 2014



Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

Entre 2006 y 2009, el número de inmigrantes rumanos/as que llegan a España casi se duplica (ver figuras 2.8 y 2.9). Aunque este aumento puede considerarse causado por la entrada de Rumania en la UE, hay autores (por ejemplo, Viruela, 2013) que analizando las estadísticas del INE sobre los empadronamientos y los datos sobre los/as residentes legales, llegan a la conclusión de que este efecto es debido, más bien, a que después de la entrada en la UE, los/as rumanos/as son residentes comunitarios/as, lo que les confiere el estatus de legalidad⁴.

El 1 de enero de 2007 Rumania y Bulgaria se adhieren a la Unión Europea y, de esta manera, los/as ciudadanos/as rumanos/as pueden entrar y residir en España, como otros/as ciudadanos/as de cualquier estado de la UE. No obstante, durante los primeros dos años no pueden trabajar por cuenta ajena, a no ser que estuvieran trabajando antes del año 2007 o que lleguen con un contrato de trabajo. La moratoria adoptada por el gobierno español es solicitada por los sindicatos para impedir una avalancha de nuevos inmigrantes de estos dos países (Ferrero, 2008; Pajares, 2008). La oposición y la opinión pública también son otros dos factores tenidos en cuenta al seguir esta tendencia de la mayoría de los países de la UE cuando se adopta esta medida. No se tienen en cuenta los efectos positivos para los países que en 2004 no adoptan restricciones laborales (Ferrero, 2008). Tampoco se tiene en consideración que en estos momentos los/as ciudadanos/as de los nuevos países ingresados en la UE tienen el derecho de viajar libremente, pero la moratoria impuesta tiene efectos no deseados al contribuir a que estos/as ciudadanos/as sigan en la economía sumergida.

Dicha medida se revisa a finales de 2007, pero se mantiene hasta el primer día del año 2009. Desde ese momento y hasta 2011, la población rumana no necesita permiso de trabajo para poder iniciar su vida laboral en España. Pero debido a las condiciones económicas que atraviesa España, se cambia de nuevo el estatus de la población rumana en julio de 2011. Es ahora cuando la moratoria se vuelve a introducir con la promesa de revisarla a finales de 2012, pero finalmente se decide mantener hasta el 1 de enero de 2014.

Una de las razones de la alta recepción de inmigrantes por parte de España reside en la situación económica del país. En un análisis minucioso realizado por Pajares (2010) y Tamames et al., (2008), se concluye que España tiene 14 años de crecimiento continuado entre 1994 y 2008. Este crecimiento superior a la media se basa en sectores que demandan mucha mano de obra como, por ejemplo, la construcción o el turismo. Para analizar la relación entre la creación de nuevos empleos y la recepción de inmigrantes, se desglosan estos datos en dos períodos tal como lo hace Pajares (2010): 1994-2001 y 2001-2008. En 1994 hay 12.000.000 de trabajadores/as ocupados/as en España y una tasa de ocupación de 38.4% mientras que la tasa de desempleo se sitúa en 25.2%. Según estos datos y teniendo en cuenta la población española de más de 16 años aumenta en 1.6 millones, hay mucha población disponible para aumentar la tasa de ocupación. En el 2001, el número de ocupados/as aumenta en 3.8 millones, siendo 3.3

millones españoles y 500.000 extranjeros/as y la tasa de desempleo baja a 10%. Entre 2001 y 2008 se pasa de 15.800.000 ocupados/as a 20.400.000. La población española de más de 16 años aumenta en menos de 1 millón. Los 4.600.000 nuevos ocupados se reparten así: 2.200.000 españoles/as y 2.400.000 extranjeros/as. Por lo tanto, según Tamames et al. (2008) y Pajares (2010), sin la entrada de inmigrantes hubiese sido imposible el incremento de 4.6 millones de ocupados/as. Algunos de estos empleos creados son ocupados por población rumana.

Por las condiciones de emigración, no todos/as los/as rumanos/as encuentran trabajo en la economía formal. Tal como se ha visto anteriormente, la economía sumergida juega un papel importante en el mercado laboral de la población rumana residente en España. Desde los inicios, a través de las redes sociales que se van tejiendo, existe la posibilidad de encontrar trabajo en lo que se viene llamando mercado informal. De esta forma, se aprovecha una característica española dado que la economía sumergida ya existía antes de la llegada de los inmigrantes. Si bien la economía sumergida es una práctica habitual en España, los nuevos llegados se “benefician” de esta idiosincrasia española y se insertan en los así llamados mercados laborales informales. Desde los inicios de la entrada de la población rumana en España, en el mercado laboral, la situación de esta población en la economía sumergida tiene más propagación en sectores como la agricultura, la industria productora de bienes de consumo, la construcción, comercio, hostelería y en una amplia gama de servicios. (Bucur, 2012).

En el ámbito del desempleo, los/as rumanos/as también se ven afectados/as. El número de parados/as va creciendo mientras que las afiliaciones a la Seguridad Social disminuyen fuertemente. El informe realizado por Pajares (2010) sobre el mercado laboral demuestra la situación en este ámbito. En 2007, hay 60.826 desempleados/as rumanos/as y en sólo dos años, esta cifra llega a 137.756 rumanos/as parados/as. Durante estos últimos años, la crisis va aumentando en España. El paro se convierte en uno de los principales problemas, doblando la media europea (Viruela, 2013). Las personas inmigrantes son más afectados/as por el desempleo que las personas autóctonas. A pesar de la reducción del empleo y las escasas oportunidades de trabajo, las personas no retornan a Rumania tal como se preveía (Alexe et al., Viruela, 2013).

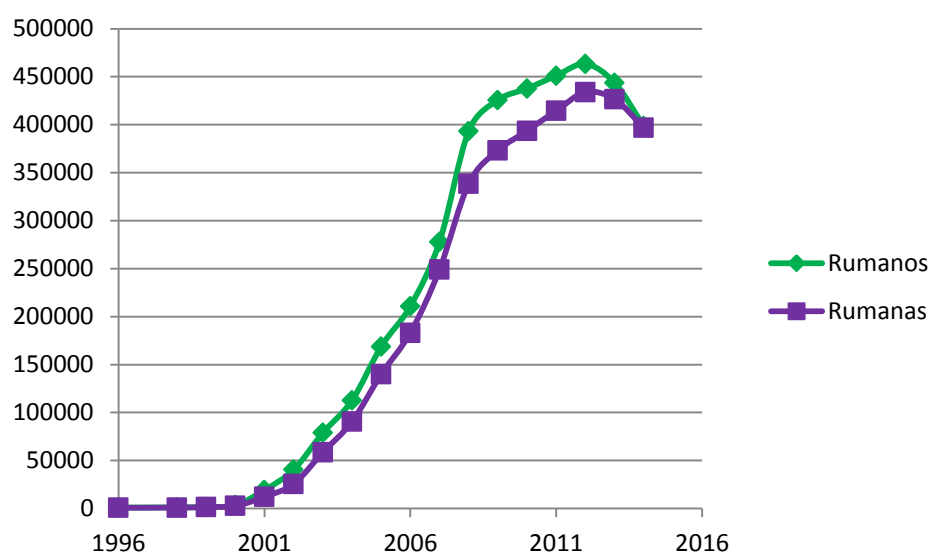
Entre 2008 y 2011, se registran más de 100.000 salidas de ciudadanos/as rumanos/as (Viruela, 2013). La contabilización de los retornos no puede ser muy precisa

ya que muchas personas se van sin comunicarlo. Cuando se proporciona esta información, más del 80% no indica cuál es el país de destino, el 19% retorna a Rumania, y el resto (menos del 1%) opta por otros destinos (Viruela, 2013). Se destaca la particularidad de que antes de contemplar la posibilidad de volver a Rumania, se prefieren otros destinos (Bucur, 2012). En un estudio realizado en Rumania, el 30% de las personas retornadas piensan volver a salir antes de seis meses (Stoiciu, Stanculescu, Alexe y Motoc, 2011). Marcu (2013) encuentra que el retorno es una estrategia de supervivencia dentro de los mecanismos actuales de movilidad en la Unión Europea y que los/as jóvenes rumanos/as se insertan en la movilidad global de los/as jóvenes europeos/as que buscan empleo en Europa o en otros países del mundo. Algunos/as de ellos/as apuntan más hacia otros países dada la escasez de trabajo en Rumania (es necesario recordar que según BNR, la tasa de desempleo para jóvenes se sitúa en un 23%).

Cada obstáculo encontrado por el ser humano viene acompañado por un intento de solucionarlo en función de sus propias coordenadas. Esto es así también en el caso de los rumanos/as a la hora de afrontar la crisis ya que ésta les obliga a buscar alternativas para paliar sus efectos. Algunas personas optan por mejorar su formación con vistas de ampliar su horizonte laboral (Viruela, 2013). El desplazamiento a otras regiones es otra estrategia empleada no sólo por los/as inmigrantes rumanos/as (Marcu, 2013), sino también por la población española. A las anteriores se les añaden la reducción de gastos, en términos de consumo y alojamiento (Torres, 2011). Las mujeres que trabajan en el servicio doméstico vuelven al régimen interno por el ahorro que supone vivir en casa del empleador, otras optan por darse de baja de la Seguridad Social para no pagar la cuota correspondiente. De esta forma, el aumento registrado en el número de autónomos/as rumanos/as después de la entrada de Rumania en la UE, renuncian a la afiliación y prefieren trabajar en el mercado sumergido (Bucur, 2012). En algunos casos, se vuelve a compartir vivienda con otras personas para disminuir los gastos que suponen el alquiler o la hipoteca (Viruela, 2013). Asimismo, existen otro tipo de estrategias, más dramáticas, como por ejemplo instalarse en casas abandonadas (sin luz o agua potable), subsistiendo con las ayudas de las parroquias, la comida tirada por los restaurantes y los supermercados, mendigando, y, en la mayoría de los casos, dedicándose a recoger chatarra. Como en la mayoría de las familias el hombre es el más afectado por la crisis, la mujer es la que sostiene económicamente el hogar. En este

caso, se llama a otras mujeres de la misma familia (madre, suegra) para trabajar de internas, contribuyendo con su sueldo a la supervivencia de la familia en crisis (Bucur, 2012). Los empadronamientos de los/as rumanos van disminuyendo, pero más en el caso de los hombres, tal como refleja la figura 2.10.

Figura 2.10. Evolución del número de rumanos y rumanas empadronados/as en España entre 1996 y 2014



Fuente: INE, Madrid. Elaboración propia.

2.4. La función de las redes sociales de apoyo en la dinámica de los flujos migratorios

Una de las funciones que tiene la red de apoyo es la de acompañar a las personas durante la vida, en diferentes situaciones, ayudándoles a adaptarse a los cambios inherentes de la vida. En el caso de las personas migrantes, tal es su importancia que es uno de los factores que se relaciona con el éxito del proyecto migratorio y la integración en la nueva sociedad (Berry, 1997). Se considera que compensa otras deficiencias, reduciendo los costes y los riesgos en el proceso migratorio (Kazemipur, 2006). Las redes de apoyo no sólo son necesarias en el país de destino, sino que su papel se pone en juego desde antes de iniciar el proyecto migratorio. Ya se ha comentado anteriormente que hay una serie de factores (no sólo los económicos) que influyen a la hora de desplazarse a otro país. Entre esos factores, las redes migratorias tienen un papel

decisivo. Los flujos migratorios se forman a partir de la decisión individual de una persona, influida por su red de relaciones.

Desde la perspectiva del país de origen, las redes sociales de la migración cumplen un papel importante a la hora de tomar la decisión sobre el país de destino, pero también a la hora de obtener el visado, en aquellos años en los que éste era necesario. En el caso de las personas rumanas, incluso después de la supresión del visado, la red social es imprescindible porque las personas necesitan cierta cantidad de dinero para pasar la frontera. Al carecer de este dinero, contratan a través de su red social un servicio de transporte que se encuentra al borde de la legalidad y que incluye, además del desplazamiento, el dinero que tiene que demostrar que tiene para su manutención (Paniagua, 2007). Una vez instaladas, las personas pueden asegurar la vivienda y los medios económicos necesarios para otras personas de su familia, amigos/as o conocidos/as. En este sentido, los costes asociados al proceso migratorio disminuyen al aumentar el tamaño de las redes migratorias (McKenzie y Rapoport, 2007).

Desde el punto de vista del país receptor, las relaciones sociales destacan desde la llegada de la persona. La búsqueda de un trabajo se ve facilitada cuando se cuenta con una red social, al igual que en el caso de la vivienda. Con el tiempo, cuando las personas regularizan sus documentos, de nuevo, la red social juega un papel importante. La movilidad laboral ascendente depende de la situación administrativa de la persona. Para regularizar la situación administrativa se tiene que demostrar el tiempo de residencia, la experiencia, la cualificación y la formación, la homologación de los títulos, etc. y todas estas variables dependen de las relaciones sociales (Viruela, 2013a).

El valor inestimable de la red social queda más claro en el caso de aquellas personas que llegan sin contar con una red de apoyo y no tener un trabajo asegurado. La información que existe en Rumania sobre España gracias a las nuevas tecnologías o a los medios de comunicación es muy grande. En este contexto, algunas personas se atreven a salir de Rumania, teniendo uno o más números de teléfono de alguna/s persona/s conocidas (Ștefănescu, 2006). Es muy arriesgado porque al llegar allí, las personas no contestan el teléfono y, por lo tanto, la persona se queda en una situación de desamparo. A la hora de buscar trabajo, los empleadores se muestran reacios a contratar a una persona sin ningún tipo de recomendación (Pajares, 2007). A medida que la comunidad aumenta se entrevén más oportunidades de mejora laboral: se empiezan a

traducir documentos relacionados con la comunidad rumana y algunas compañías, al ver la posibilidad de negocio que representa la población extranjera, incorporan personas inmigrantes a sus plantillas (Viruela, 2013b).

Las redes sociales no sólo tienen ventajas sino que también, en ciertas condiciones, pueden acarrear desventajas. Hay ciertos vínculos orientados a promover el aislamiento y pueden favorecer la aparición de los guetos (Bernat, Agost, Fuertes, Montañes, Bucur, y Soto, 2010). Sin embargo, en el caso de las personas rumanas, tras el desplazamiento a España, se da una reconstrucción de las redes de amistad, estando formadas tanto por españoles/as y personas del país de origen, como también por personas de otros países (Brabete y Gruia, 2013). Otra posible desventaja consiste en la limitación en cuanto a las expectativas laborales de las personas rumanas (Viruela, 2013a). La red proporciona información y recursos sólo de unas pocas actividades y ocupaciones, en las que suele haber grandes concentraciones de inmigrantes (Gurak y Caces, 1998). Asimismo, por lo menos en los primeros años, se tarda mucho a la hora de homologar los estudios o la experiencia de los recién llegados no queda reconocida, teniendo que ocupar los puestos más bajos de la pirámide laboral (Chacón, 2009).

2.4.1. Diferencias en cuanto a las redes sociales de ortodoxos/as y adventistas

Las redes de apoyo son un elemento que aumentan la probabilidad de emigrar (Martínez, 1997; Sandu, 2006). Según Paniagua (2007), la religión modifica la intensidad de los lazos existentes entre los miembros de dicha religión. En efecto, los/as adventistas y las personas de etnia gitana, grupos minoritarios en la sociedad rumana, cuentan con una red de apoyo más amplia que los/as ortodoxos/as y esto les permite tener un mayor éxito en el proyecto migratorio. Por un lado, la red de relaciones fuerte se caracteriza por contar con vínculos afectivos de amistad y confianza que tienen un grado alto de intensidad y son anteriores al proceso migratorio, quedando reforzados por éste mismo; hay un flujo de información directo y constante tanto en origen como en destino; hay una extensión a los individuos que no pertenecen al grupo familiar o de amistades más cercanas. Por otro lado, en la red de relaciones débil, los vínculos afectivos de amistad y confianza de alto grado de intensidad se dan solo en el caso del grupo familiar o amigos más íntimos. El proceso migratorio tiene el efecto contrario que en el caso de la red fuerte, quebrando esos vínculos afectivos; hay un flujo directo entre

los familiares y amigos; la ayuda y solidaridad es temporal y se reduce al círculo de relaciones más íntimo.

Șerban y Grigoraș (2000) documentan una de las primeras salidas hacia España. Se trata de dos hermanos gemelos de religión adventista. Salen de Dobrotești en 1990. Posteriormente, abren su propia empresa de construcciones, ayudando a otras personas adventistas de tal forma que después de 4-5 años aumenta el número de personas que van a trabajar para ellos. Las salidas de las personas de religión ortodoxa son más tardías, éstas empezando a realizarse sólo en 1999. Pero estos dos autores concluyen que no la religión es importante en el caso de las salidas, sino el hecho de ser pariente o no de las personas que ya están en España. Más que la religión, lo que une a las personas ortodoxas que salen inmediatamente después de las personas adventistas es pertenecer a la misma familia. Por lo tanto, los primeros ortodoxos son familiares de los adventistas pioneros.

La sociedad rumana está organizada principalmente según la familia nuclear tradicional, matrimonio e hijos. En este sentido no existen diferencias entre la comunidad adventista y la ortodoxa. Pero según los estudios realizados por Paniagua (2007) existen varias diferencias en función de la religión de la persona que decide emigrar. Posteriormente al desplazamiento, las personas recién llegadas necesitan apoyo a la hora de encontrar una vivienda, encontrar un empleo, adaptarse a los diferentes métodos de trabajo, conocimiento sobre el funcionamiento de la Administración, la homologación de los estudios y las cualificaciones profesionales. Por ejemplo, en el caso del trabajo y la vivienda, los vínculos débiles funcionan bastante bien. Pero la diferencia entre los adventistas y los ortodoxos reside en lo siguiente: mientras los/as ortodoxos/as cuentan con el apoyo de algún familiar, que abre el camino al resto de la familia o algún amigo o conocido y, por lo tanto, pueden compartir vivienda con ese familiar o amigo, cuando este vínculo falla, la red social se ve bloqueada. Pajares (2007) y Stefanescu (2006) encuentran personas que sólo cuentan con varios números de teléfono antes de salir de Rumania y, al llegar a su destino, esas personas no les cogen el teléfono y por lo tanto se quedan sin ayuda, en situación de riesgo.

Las diferencias entre las redes sociales de los/as adventistas y ortodoxos/as tienen que ver con características inherentes de las dos religiones, pero también con el pasado ideológico y político del país. El comunismo promueve ideas ateas, pero a pesar del trabajo realizado en las escuelas, a través de los medios de comunicación, la

población rumana se mantiene fiel a los preceptos religiosos (Voicu, 2006). Los estudios realizados antes de la caída del comunismo demuestran que las personas practican la religión de forma moderada (Gheorghe, 2004). Consecutivamente a la caída del comunismo, la religiosidad de las personas crece (Gheorghiu, 2003). Las transformaciones sociales que implican el paso a una democracia basada en un sistema económico capitalista (que incluye paro, crisis económica y una posterior recesión económica) conducen a una fuerte inseguridad existencial que encuentra respuesta en la religión, de ahí el aumento de la religiosidad de las personas rumanas durante estos últimos años (Voicu, 2006). Según las estadísticas oficiales relativas a las confesiones religiosas, en 2011, 16.367.267 personas se declaran ortodoxas y 85.902 adventistas, siendo esta confesión la octava. Sólo 21.196 personas se declaran ateas.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día se inscribe dentro del conjunto de iglesias cristianas históricas y es de raíz protestante. Mihail Bellina Czechowski, un cura católico polaco, la introduce en Rumania en 1869. Primero llega a Transilvania y, con los años, se va introduciendo poco a poco hasta alcanzar 21.000 adventistas en 1945. A pesar de que el régimen comunista no tolera las religiones, la religión ortodoxa goza de privilegios debido a que está relacionada a la identidad nacional. El Estado les considera una secta, pero la Iglesia está reconocida oficialmente. Tienen dificultades para desarrollar sus actividades ya que los/as funcionarios/as les ponen muchas trabas a la hora de publicar sus textos o revistas; tienen prohibido hacer proselitismo y predicar su religión; no pueden enseñar la Biblia o reunirse (Paniagua, 2007). Incluso, algunos pastores están torturados durante estos años y condenados a penas de cárcel.

Asimismo, las personas adventistas cuentan con dificultades añadidas debido a que durante el comunismo se tiene que trabajar los sábados (los/as niños/as tienen que ir a la escuela) y, según el rito adventista, los sábados se guarda reposo. Esta situación la resuelven dirigiéndose al trabajo por cuenta propia. Sus actividades se desarrollan en pequeñas cooperativas agrícolas o artesanales, empresas familiares (en el ámbito de las construcciones, por ejemplo), tiendas, etc. Éste es un aspecto relevante por la implicación que tiene después de la emigración. En España, llegan realizando actividades parecidas a las ya realizadas en Rumania. El desarrollar estas actividades por cuenta propia les brinda la posibilidad de controlar su horario de trabajo y respetar el sábado (Paniagua, 2007). Antes de emigrar, las personas adventistas declaran tener una situación económica mejor que en el caso de las personas ortodoxas. Este hecho lo

relacionan directamente con el sentido del esfuerzo y del trabajo que se considera una característica de los/as adventistas. Por lo tanto, el conseguir un buen estatus económico es considerado como signo de seguir un recto camino en la vida, en sentido moral y religioso.

Hay una relación muy estrecha entre la entrada de los/as rumanos/as en España y el desarrollo de la economía sumergida. En ocasiones, cuando el entorno institucional no está implicado en un proceso, en este caso, la migración, las redes sociales adquieren un papel significativo (Bernat et al., 2010). Si en la sociedad receptora hay posibilidades de trabajo, aunque sea precario y en la economía sumergida, los lazos débiles de la red son eficaces. En cambio si el mercado de trabajo está saturado, la red de ayuda se debilita y sólo se mantiene a través de los miembros cuyos lazos son fuertes. En el caso de los adventistas, el apoyo se recibe a través de los contactos familiares, pero también a través de la iglesia adventista. No sucede lo mismo en el caso de las personas ortodoxas que suelen contar con una red de ayuda débil, proporcionándoles ayuda sólo durante un tiempo, pero en ciertos casos, no aseguran el éxito (Paniagua, 2007).

Los vínculos débiles funcionan a la hora de encontrar trabajo y vivienda. Una vez más, las diferencias entre los/as adventistas y ortodoxos/as residen en el tipo de vínculo que mantienen con sus redes de apoyo. Los/as ortodoxos/as cuentan con el apoyo de algún familiar, que abre el camino al resto de la familia o algún amigo o conocido. Puede compartir vivienda con ese familiar o amigo. Este vínculo débil sirve a la hora de establecer un primer acercamiento, pero posteriormente, en el caso de que falle, hay un límite en la permanencia de dicha ayuda. El ejemplo de las personas que viajan al extranjero teniendo sólo varios números de teléfono ilustra muy bien esta situación ya que al llegar y no ser atendidos por sus conocidos/as, se quedan sin ayuda, en situaciones de riesgo. En el caso de las personas adventistas no se observan estos casos de abandono. Las personas adventistas se ayudan entre ellas aún en el caso de que no se conozcan. En estos casos, hay una tupida red de información y ayuda entre los adventistas que abarca mucho más que las relaciones más cercanas, sean familiares directos o amigos/as íntimos/as. La gran mayoría de los/as rumanos/as ortodoxos llegan a España con una red de contactos muy débil respecto a la intensidad del vínculo y escasa en el número (Paniagua, 2007).

2.4.2. Apoyo social percibido

El término apoyo social es un término que comprende tanto características estructurales, como también funcionales. Por lo tanto, lo que se conoce como red de apoyo o red social se refiere a los aspectos cuantitativos o estructurales (tamaño, densidad y dispersión), siendo el apoyo social, más bien, un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales del apoyo. La función desempeñada por la red de apoyo o social puede dar lugar al apoyo social pero, al ser dos conceptos diferentes, la existencia de la red de apoyo no garantiza la percepción de apoyo social.

El apoyo social juega un papel muy importante durante los períodos de transición mediante el aumento del afrontamiento, moderando el impacto de los factores de estrés y promoviendo la salud (Bloom, 1990). Tal es su importancia que, en el caso de los/as inmigrantes, es uno de los factores que se relaciona con el éxito del proyecto migratorio y la integración en la nueva sociedad (Berry, 1997; Trickett y Baughman, 2001), además de contribuir a desarrollar una identidad social y sentimientos de pertenencia y arraigo, incrementando la sensación de predictibilidad, estabilidad y control (Veiel y Bauman, 1992). Asimismo compensa otras deficiencias (Kazemipur, 2006), reduciendo los costes y los riesgos en el proceso migratorio. También ha demostrado efectos positivos sobre la integración de los/as inmigrantes (de Miguel y Tranmer, 2010) siendo el apoyo social una variable predictora a la hora de analizar las actitudes de aculturación (Choi y Thomas, 2009).

Los/as inmigrantes suelen tener una clara preferencia por las redes de apoyo familiares, exceptuando las demandas psicológicas cotidianas, en las que, se decantan por el apoyo de las amistades (García, Martínez y Albar, 2002). Estos son una fuente para la compañía, la conversación, el disfrute del tiempo libre, así como para la cooperación y el apoyo mutuo (Auhagen y Schawarzer, 1994).

En España, en un estudio realizado con muestra marroquí, los resultados han demostrado que las dimensiones funcionales del apoyo social inciden positivamente en el malestar subjetivo (Hernández, Pozo, Alonso y Martos, 2005). El apoyo social cumple una serie de funciones en la vida de las personas inmigrantes: les garantiza el acceso a los recursos (Aroian, 1992; Martínez, García, Maya, Rodríguez y Checa, 1996), les ofrece oportunidades para la participación social y el intercambio de afecto y

confianza, compartir problemas y experiencias, el disfrute del ocio y del tiempo libre (Sánchez, 2007) y, por eso reconstruyen su sistema de apoyo (Brabete y Gruia, 2013).

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Los cambios sociales, políticos y económicos surgidos después de la caída del comunismo en Rumania son muy importantes a la hora de analizar las migraciones rumanas a nivel internacional. Dichos cambios marcan diferentes etapas en la salida de los/as rumanos/as a otros países. En este capítulo se analizan algunos de los aspectos que marcan las diferentes etapas de la salida de los/as rumanos/as a otros países, como por ejemplo la inflación, los bajos salarios y el descenso de la capacidad adquisitiva de la población, la privatización de las empresas y el consecuente crecimiento del desempleo y la restitución de las tierras a la propiedad privada. En este contexto, las personas rumanas migran, en un primer momento, a las zonas urbanas. Posteriormente, salen al extranjero, consiguiendo los primeros empleos en ámbitos no cualificados, como la agricultura. El año 2002 se constituye como un año de inflexión debido a que Rumania empieza a tener derecho a la libre circulación en el espacio Schengen. Otro año importante para el estudio de las migraciones rumanas es el año 2007, cuando Rumania se convierte en un estado miembro de la UE.

En España, el número de migrantes rumanos/as en el año 1996 ascendía a 2.575. Casi dos lustros después, en el año 2015, este número alcanza 751.208 personas, siendo el colectivo más numeroso desde el año 2008. Los/as primeros/as migrantes llegan casi accidentalmente a España. Antes de que nuestro país entrara en el espacio Schengen (1992), la llegada a España es compleja debido a los trámites que implica la obtención del visado. La solución encontrada es la compra de visados a Francia y luego pasar a España o aprovechar otras situaciones como las Olimpiadas de Barcelona.

Durante los primeros años posteriores a la caída del comunismo, las/os rumanos/as son solicitantes de asilo y refugio, situación que dura hasta 1992 cuando Rumania inicia las negociaciones para el ingreso en la UE. A través de las redes de apoyo conformadas en estos primeros años empiezan a llegar más rumanos/as, a pesar de los costes que supone el viaje para las familias. La economía sumergida contribuye a que las/os migrantes se incorporen a la vida laboral española. Los hombres trabajan en la agricultura, la industria y las construcciones y las mujeres, en sectores como la agricultura, en empresas de confecciones, el sector servicios, siendo el servicio doméstico el dominante. La supresión de visado para viajar al espacio Schengen (en el

año 2002) facilita la migración debido a que se reducen los costes del viaje. En este momento, los/as rumanos/as salen al extranjero como turistas, pero no pueden realizar una actividad remunerada y tienen que volver a Rumania en un plazo de tres meses. La nueva situación crea las condiciones propicias para la movilidad circulatoria laboral para algunas personas. Entran en España como falsos turistas y tras los tres meses permitidos, algunas personas se convierten en trabajadores/as en situación irregular mientras que otras vuelven a Rumania para invertir las ganancias obtenidas y después de un tiempo, volver a salir de nuevo hacia España (Marcu, 2007). La adhesión de Rumania a la UE en el 2007 supone que los/as rumanos/as pueden entrar y residir en España. Aunque se impone una moratoria, muchos/as ciudadanos/as rumanos/as empiezan a tener un estatus legal. Por último, en este capítulo, también se analizan algunas de las razones que tienen que ver con la alta recepción de migrantes en España. Una de estas razones reside en la situación económica del país ya que España ha tenido 14 años de crecimiento continuado entre 1994 y 2008.

Notas

¹Las palabras pertenecen a una de las participantes del Proyecto de Investigación I+D “Migraciones de la Europa del Este a España en el contexto geopolítico fronterizo: movilidad circulatoria y retorno” (CSO2010-14870) dirigido por la Dra. Silvia Marcu.

²El espacio Schengen representa un territorio donde está garantizada la libre circulación de las personas ya que los estados que han firmado este tratado han excluido todas las fronteras interiores y han establecido una única frontera exterior. Se rigen por procedimientos y normas comunes en lo referente a los visados para estancias cortas, las solicitudes de asilo y los controles fronterizos. No obstante, todos los países que participan en la cooperación Schengen no son miembros del espacio Schengen, bien porque no deseaban suprimir los controles en sus fronteras, bien porque no reúnen todavía las condiciones requeridas para aplicar el acervo Schengen. Francia, Alemania, Bélgica, Luxemburgo y los Países Bajos decidieron en 1985 crear entre ellos un territorio sin fronteras y por eso firman este acuerdo coincidente con el nombre de la localidad luxemburguesa de Schengen. Ahora mismo: Italia, España, Portugal, Grecia, Austria, Dinamarca, Finlandia, Suecia, República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Hungría, Malta, Polonia, Eslovenia y Eslovaquia, Suiza. Bulgaria, Chipre y Rumania aún no son miembros de pleno derecho del espacio Schengen: los controles fronterizos entre estos países y el espacio Schengen se mantendrán hasta que el Consejo de la UE determine que se cumplen las condiciones para suprimirlos.

³Según la UE, para saber estos datos, se utiliza una medida relativa ya que se considera que una persona pobre es una persona cuyos ingresos están por debajo del 60% de la media nacional. Un rumano es pobre si vive con unos 100 euros al mes, 8.700.000 en 2011.

⁴Los datos se tienen que analizar con cuidado ya que no se puede concluir que la diferencia entre estas dos bases de datos es el número de rumanos/as que se encuentran en situación irregular. Aunque comparando a los/as rumanos/as con otros colectivos, se puede concluir que el colectivo rumano es uno de los más numerosos en cuanto a residentes en situación irregular.

3.ACULTURACIÓN

“Lo que hace que yo sea yo, y no otro, es ese estar en las lindes de dos países, de dos o tres idiomas, de varias tradiciones culturales. Es eso justamente lo que define mi identidad. ¿Sería acaso más sincero si amputara de mí una parte de lo que soy?”
(Maalouf, 1999).

Durante el proceso migratorio se producen muchos cambios. Estos cambios pueden ser físicos, biológicos, políticos, económicos, sociales y culturales, pero también psicológicos. Han sido estudiados tanto en el campo de la antropología como también en el de la sociología y psicología a través del término de *aculturación*. En el nivel psicológico, durante el proceso de socialización en el país de destino y el contacto con las normas culturales las personas de dicho país, los/as migrantes cambian sus valores y sus creencias. En este capítulo se aborda cómo se han iniciado los estudios de aculturación, la relevancia que este concepto tiene para la Psicología y la definición de lo que se considera producto de la aculturación, es decir, el estrés aculturativo.

3.1. La definición de cultura

La aculturación tiene que ver con el término cultura, pero éste es un concepto difícil de definir (Olmedo, 1979). El concepto cultura se refiere tanto a la comida y los hábitos alimenticios, ropa, herramientas, paisajes, como también a comportamientos que se basan en normas sociales como por ejemplo la lengua, las normas sociales y los rituales, pero también a los valores, creencias y actitudes. Se considera que todo este conjunto es compartido por una sociedad consiguiendo que las personas se sientan parte de una comunidad (Helms, 1990), siendo la cultura transmitida de generación en generación. La cultura es un producto humano y como tal, si las circunstancias socioculturales cambian, ésta se verá afectada por dichos cambios. A pesar de hablar de cultura, ésta no es homogénea y tampoco es sentida de la misma forma por todos los miembros de una sociedad. La cultura es influida por variables como sexo/género, edad o clase social, modificando cómo se vive dicha cultura (Giménez, 1997).

La identidad racial, étnica y cultural forma parte de la identidad personal de un individuo (Bhugra, 2004). La identidad personal es la definición de uno mismo y de sus

características y los sentimientos asociados a esa definición. La identidad personal cambia a lo largo de la ontogénesis y también en situaciones de cambio como por ejemplo en la migración y en el posterior proceso de aculturación en función del contexto cultural (Bhugra, 2004).

3.2. Los inicios del estudio de la aculturación

El tema de la aculturación surge a finales del siglo XIX en el ámbito de la antropología social (Malgesini y Giménez, 2000). En 1880, Powell acuña el término aculturación refiriéndose a los cambios psicológicos producidos a raíz de la imitación de comportamientos (Rudmin, 2003). Pero solo años más tarde, el concepto despierta un gran interés. Redfield, Linton y Herskovits, tres de los teóricos más importantes de la antropología norteamericana redactan un “Memorandum sobre el estudio de la aculturación” en 1936 publicado en la revista *American Anthropologist*. Redfield, Linton y Herskovits (1936) entienden que *“la aculturación comprende los fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos de culturas diferentes, con los subsecuentes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos, originados como mecanismo de adaptación”* (p. 149).

Según Rudmin (2003), G. Stanley Hall (1904) es el primer psicólogo que escribe sobre este tema. Este investigador considera que el aprendizaje de una segunda cultura es similar al aprendizaje de la primera (Hall, 1904). Más tarde, Graves (1967) propone el término de aculturación psicológica para referirse al hecho de que el fenómeno de la aculturación no es solo un fenómeno cultural (tal como se veía desde la antropología y la sociología) sino que igualmente se produce en los individuos a nivel psicológico (implica una serie de cambios en actitudes, comportamientos, modos de vida, valores e identidad).

3.3. Modelos de aculturación

A continuación se describen algunos modelos de aculturación.

A partir de la definición de Redfield, Linton y Herskovits (1936), Sam (2006a) identifica tres elementos que se dan en cualquier proceso de aculturación: contacto, influencia recíproca y cambio.

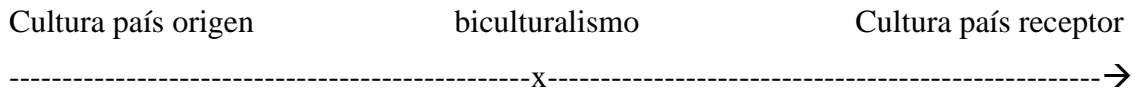
La condición necesaria para el proceso de aculturación es el *contacto* entre al menos dos culturas o individuos que se relacionan de manera continua y de primera mano. La aculturación se produce cuando individuos o grupos de personas interactúan en el mismo espacio y tiempo y no a través de experiencias de segunda mano o contacto indirecto. Teniendo en cuenta la variable duración del contacto y si dicho contacto es voluntario o no, los diferentes grupos de personas que van a experimentar aculturación se suelen clasificar en inmigrantes, refugiados/as, solicitantes de asilo, estudiantes, grupos etnoculturales y grupos de personas indígenas.

Los cambios culturales en uno de los grupos o en ambos se deben a la *influencia* ejercida tanto por uno de los grupos como por el otro. Sin embargo, se considera que las diferencias de poder llevan a que uno de los grupos sea el grupo dominante mientras que el otro es el grupo no dominante. Sam (2006a) sugiere que debido a esta visión de dos grupos dominante-no dominante, se asume de forma errónea que solo el grupo no dominante cambia.

Como consecuencia del contacto directo entre individuos de culturas diferentes se produce el *cambio* que es, por un lado un proceso dinámico y, por otro, un resultado relativamente estable. No obstante, en el caso de la aculturación psicológica que incluye cambios de características personales como por ejemplo valores o actitudes relacionadas con la identidad, no es fácil distinguir entre los cambios producidos por la aculturación o los cambios ontogenéticos. Las dos formas se pueden confundir entre sí (Sam, 2006b).

Inspirado en las migraciones europeas a EEUU, Gordon (1964) propone en su libro *Assimilation in American Life* el Modelo Unidimensional de asimilación. Es uno de los primeros modelos propuestos y se trata de un continuo linear, en donde en un extremo se localiza la cultura del migrante y en el otro la cultura del país receptor. A lo largo del tiempo las actitudes de los/as migrantes se mueven en este continuo que va desde el mantenimiento de sus propios rasgos culturales hasta la adopción de los de la cultura del país receptor, siendo el punto medio el *biculturalismo*. Según este modelo, para alcanzar el éxito en la sociedad receptora hay que llegar necesariamente al extremo de *asimilación*. Los problemas de adaptación con los que se encuentran los/as inmigrantes a lo largo del proceso se deben únicamente a su incapacidad para asimilarse a la sociedad receptora, independientemente del contexto de la sociedad receptora.

Figura 3.1. Proceso linear de Asimilación



Szapocznik, Scopetta, Kurtines y Aranalde (1978) también diseñan un modelo unidimensional de aculturación. Según este modelo, la aculturación es una función lineal de la cantidad de tiempo que una persona interactúa con la sociedad receptora, variando en función de la edad y el sexo del individuo. Para este modelo se da por un lado la aculturación conductual y la aculturación de valores. La aculturación conductual se refiere a la incorporación de elementos culturales como costumbres, hábitos y estilos de vida. La aculturación de valores se refiere a la adopción de los valores que existen en la sociedad receptora. Según los resultados encontrados por Szapocznik, Scopetta, Kurtines y Aranalde (1978), las personas jóvenes y los hombres tienden a adquirir antes los elementos culturales que pertenecen a la dimensión conductual.

Como reacción a estos planteamientos unidimensionales, Berry (1974, 1980; Berry y Kim, 1988; Berry, Kim, Power, Young y Bujaki, 1989) desarrolla el Modelo Bidimensional de Aculturación. Este modelo se interesa por tres elementos: las actitudes de aculturación (la forma en que los/as migrantes desean mantener su propia cultura y al mismo tiempo relacionarse con los demás grupos de la sociedad receptora), los cambios concretos en comportamientos o modos de vida en la nueva sociedad receptora y el estrés de aculturación (el nivel de dificultad que experimentan las personas para afrontar la nueva situación). Berry (1990) define la aculturación psicológica como el proceso mediante el cual las personas cambian, siendo influidas por el contacto con otra cultura, y participando en los cambios generales de su propia cultura.

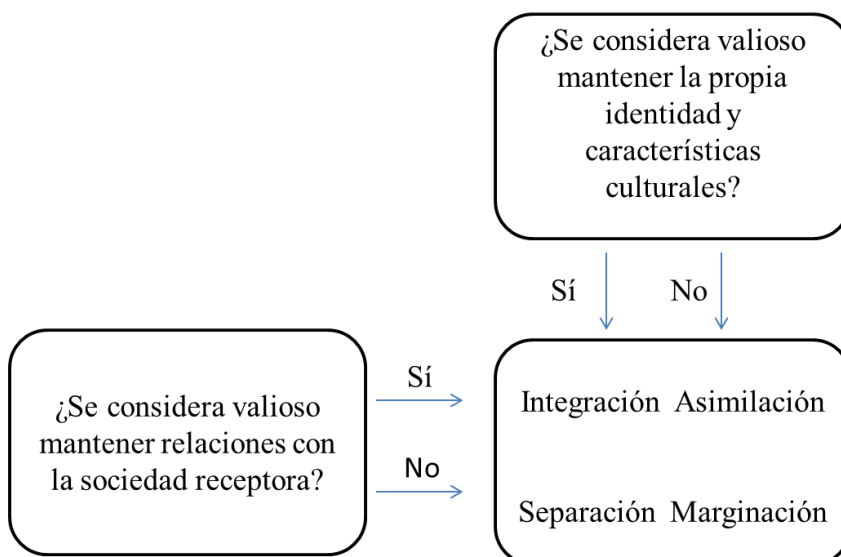
Berry (1974; 1990) plantea por primera vez que la aculturación no se realiza de modo lineal. Según su marco conceptual, Berry considera que la dimensión sobre la adquisición de la cultura del país receptor y la dimensión sobre el mantenimiento de sus normas culturales se tienen que medir de forma independiente y no como los extremos de un continuo tal como se planteaba en el modelo unidimensional. A partir de estas dos dimensiones independientes sobre la permanencia cultural (el grado en el cual las personas valoran y desean mantener su identidad y comportamientos culturales) y el contacto o participación (el grado en el cual las personas valoran y buscan el contacto

con las personas del país receptor así como el deseo de implicarse en la vida diaria de la sociedad receptora), Berry propone cuatro posibles actitudes o estrategias de aculturación (figura 3.2).

La *estrategia de marginación* se produce cuando la/el migrante pierde el contacto cultural y psicológico tanto con la sociedad de origen como con la sociedad receptora. En la *estrategia de separación*, los/as migrantes mantienen su herencia cultural mientras que no participan en la cultura del país receptor. La *estrategia de asimilación* surge cuando las/os migrantes no quieren conservar su identidad cultural y prefieren orientarse hacia la cultura del país receptor. La *integración* supone el deseo de mantener la herencia cultural del país de origen y, además, participar en la sociedad receptora.

Este modelo ha recibido respaldo científico en diferentes países y con diferentes nacionalidades (Berry y Sam, 1997; Krishnan y Berry, 1992; Sabatier y Berry, 1996). En estos estudios, la estrategia más elegida es la estrategia de integración mientras que la estrategia marginación es la menos deseada (Campani y Catani, 1985; Neto, 1993; Sam, 1995).

Figura 3.2. Estrategias de aculturación (adaptado de Berry, 1990)



Desde la definición de aculturación que Redfield, Linton y Herskovits (1936) proponen, se enfatiza que ambos grupos o sociedades en contacto pueden cambiar (Sam, 2006a), pero los estudios de aculturación se centran principalmente en el cambio que se produce en el grupo dominado. Para intentar solucionar esta situación, Bourhis, Moïse,

Perreault y Senécal (1997) proponen el *Modelo Interactivo de Aculturación* desarrollado en el contexto canadiense. En el marco conceptual de este modelo, Bourhis, Moïse, Perreault y Senécal (1997) tienen en cuenta, en relación a la aculturación, tanto la perspectiva del grupo de llegada como también la perspectiva del grupo del país receptor. Según este modelo, la población autóctona suele tener actitudes de aculturación diferentes según el origen del grupo de inmigrantes al que se refiera y también en función de las circunstancias políticas, demográficas o socioeconómicas del país receptor. Además, un determinado grupo de migrantes elegirá una estrategia de aculturación u otra en función del país de origen, clase social, edad, sexo, o grado de identificación con el endogrupo.

Este modelo parte de la premisa del papel fundamental que la sociedad receptora tiene en el resultado de la aculturación ya que tiene el control sobre las instituciones públicas y privadas en dicha sociedad (Bourhis, 2001). Este modelo propone hablar de orientaciones de aculturación en vez de estrategias de aculturación. Partiendo de las orientaciones de aculturación del grupo de la sociedad receptora hacia el grupo de migrantes, se dividen en: integracionismo, asimilacionismo, segregacionismo, exclusionismo e individualismo.

En España se ha desarrollado el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR) (Navas et al., 2004; 2005; Navas, García y Rojas, 2006; Navas, Rojas, García y Pumares, 2007). Este modelo se puede resumir en cinco elementos fundamentales. El primer elemento se refiere a la consideración tanto de las estrategias de aculturación del grupo de inmigrantes como también del grupo de población autóctona al igual que en el Modelo desarrollado por Bourhis, Moïse, Perreault y Senécal (1997). El segundo aspecto tiene que ver con la diferente recepción por parte de la sociedad de los grupos de migrantes en función de su origen y su correspondiente aculturación. En tercer lugar, este modelo estudia la influencia de variables como sesgo endogrupal, percepción del enriquecimiento cultural, percepción endogrupal y similitud exogrupal, contacto intergrupal e indicadores conductuales como las prácticas lingüísticas y participación en asociaciones. También se tienen en cuenta las variables sociodemográficas edad, sexo, nivel educativo, orientación política o religiosa, razones para migrar, duración de la estancia, etc. En cuarto lugar, el MAAR distingue entre el plano ideal y el real tanto en las estrategias mantenidas por migrantes como también en las estrategias mantenidas por personas autóctonas. En el caso de las/os migrantes, el plano ideal se refiere a qué estrategia de aculturación les gustaría desarrollar mientras que el plano real se refiere a

la estrategia de aculturación que finalmente ponen en práctica. La población autóctona es preguntada por la estrategia que consideran deberían adoptar los/as migrantes (el plano ideal) y por la que perciben que han elegido (plano real). Por último, este modelo proponen que los/as migrantes desarrollan varias estrategias de aculturación en función del ámbito sociocultural tenido en cuenta. De esta forma, se considera la aculturación un proceso complejo (se pueden adoptar y preferir diferentes estrategias a la vez) y relativo, debido a que no se emplean las mismas estrategias o no se prefieren las mismas opciones cuando la interacción con personas de otras culturas se sitúa en diferentes contextos (relaciones laborales, relaciones familiares, creencias y costumbres religiosas, etc.).

3.4. La importancia de la aculturación para la Psicología

El concepto de *aculturación* ha ido ganando reconocimiento como constructo válido e importante (Chun, Organista y Marín, 2003) a pesar de que a veces no existe un acuerdo acerca de su definición (Rudmin, 2009). Tanto los modelos presentados en el apartado anterior como también la relación que existe entre la aculturación y la salud y entre la personalidad y la aculturación (ver apartado 6.7. La relación entre la personalidad y la aculturación, págs. 126-128) son ejemplos de ese reconocimiento de la *aculturación* en el ámbito de la psicología.

El desarrollo del proceso aculturativo para una persona migrante tiene implicaciones que trascienden lo individual, teniendo consecuencias sobre el propio colectivo de migrantes y la sociedad receptora. En cuanto a las implicaciones psicológicas para las personas migrantes, se producen cambios relacionados con los comportamientos, los valores y las costumbres (Berry, 1990). Pero es mucho más fácil observar cambios en la vestimenta o en las formas de comunicarse. Es importante tener en cuenta la salud mental y psicológica de las personas migrantes una vez que estén en el país receptor debido a que el proceso aculturativo influye la salud física y mental. Estos temas se han desarrollado en el 4.2.6. Relación entre la salud mental y el estrés aculturativo (págs. 75-76). Por eso, la aculturación se tiene que introducir como variable a la hora de diseñar programas de salud con personas migrantes (Santiago-Rivera, 1995).

3.5. El concepto de estrés

Según Fink (2009) los antiguos griegos conocían los efectos adversos del estrés. Sin embargo es el fisiólogo francés Claude Bernard el que consigue explicar por primera vez cómo las células y los tejidos en organismos pluricelulares se pueden proteger del estrés. A partir de sus observaciones, concluye que la auto-regulación es una propiedad natural de los organismos vivos. Posteriormente, Cannon acuña el concepto homeostasis. A partir de los mecanismos homeostáticos con seres humanos y animales, considera el estrés como una reacción del organismo. Sin embargo, en sus estudios posteriores demuestra que el estrés se produce cuando hay un trastorno en el funcionamiento homeostático del organismo (Cannon, 1932). El médico austrocanadiense Selye es considerado el padre del estrés (Fink, 2009). Lo define por primera vez como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada que se da siempre de la misma forma que involucra cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico (Selye, 1956).

Posteriormente, hay una etapa caracterizada por una progresiva subjetivización del estrés, iniciada en la teoría psicoanalítica del ego y que encuentra su mayor exponente en el círculo de Lazarus (1966) con la formulación del modelo cognitivo del estrés. Los autores seguidores de este modelo subrayan el papel de la valoración cognitiva en la concepción del estrés y reconocen la importancia de las diferencias individuales en la forma de valorarlo y afrontarlo. Este modelo es uno de los más conocidos y utilizados en el estudio del estrés y se centra en la interacción del sujeto con su medio. Su foco de estudio es cómo la persona afronta las demandas impuestas desde el medio.

3.6. El estrés aculturativo

A través del concepto *hombre marginal*, Park (1928) y Stonequist (1937) consideran que las personas que viven entre dos culturas por haber nacido en una cultura y haberse criado en otra, por ejemplo, son personas marginales. De esta forma, vivir entre dos culturas es psicológicamente complejo y el hecho de tener que manejarse en esta complejidad puede generar ambigüedad y confusión de identidad. Si la interacción entre culturas produce beneficios para la sociedad, por lo menos a largo plazo, la marginalidad no tiene el mismo efecto a nivel psicológico, sino más bien todo lo contrario (Park, 1928). Pero por la ambigüedad del término, éste ha sido utilizado

también para referirse al carácter innovador a su potencial relacionado con la creatividad y a los cambios sociales que se pueden producir en la sociedad (Goldberg, 2012).

Años después, desde la Psicología se ha introducido el concepto de *estrés aculturativo*. El estrés aculturativo es el impacto psicológico que se produce durante el proceso de adaptación a una nueva cultura (Smart y Smart, 1995). Asimismo, para Berry, Kim, Minde y Mok (1987), el estrés aculturativo se refiere a aquellos estresores que están relacionados con el proceso de aculturación. Durante este proceso de aculturación aparece un conjunto de conductas de estrés como pueden ser un nivel precario de salud mental (se trata de estados de confusión, ansiedad, depresión), sentimientos de marginación, un nivel aumentado de síntomas psicósomáticos y confusión acerca de la identidad. En este caso, el estrés aculturativo reduce el estado de salud de las personas desde un punto de vista físico, psicológico y social.

En sus teorías sobre el proceso de aculturación, Berry (1997; 2006) y Ward (2001) tienen en cuenta la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). Desde esta teoría, ante situaciones estresantes las personas responden con unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164). Desde esta perspectiva, la aculturación es entendida como un proceso que implica un esfuerzo para gestionar y hacer frente a los factores de estrés y cambios producidos durante la migración y, posteriormente al estar en contacto con la cultura del país receptor (Berry, 1997). Estas estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o, por el contrario, desadaptativas y dependiendo de estas estrategias las/os migrantes pueden tener más o menos estrés aculturativo.

La aculturación es considerada una etapa caracterizada por el estrés, el choque cultural, dificultades económicas, discrepancia entre las aspiraciones que las/os migrantes tienen y los logros que pueden alcanzar, el desarraigo y la discriminación (Bhugra, 2004). Caplan (2007) clasifica los estresores en tres categorías: estresores interpersonales, estresores instrumentales y ambientales y estresores sociales. Mena, Padilla y Maldonado (1987) afirman que los estresores son una suma de factores sociales, actitudinales, familiares y ambientales de estrés. Estos estresores repercuten sobre las/os migrantes durante su proceso migratorio. Por otro lado, Berry (1991) define

cinco categorías principales de posibles estresores aculturativos, es decir, estresores físicos, biológicos, políticos, económicos y culturales.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Una vez llegados/as al país receptor, los/as migrantes entran en contacto con normas y costumbres diferentes a los que tenían en los países de origen. Para estudiar los cambios psicológicos inherentes al proceso migratorio, se ha acuñado el término de aculturación. En un principio, se considera que para alcanzar el éxito en la sociedad receptora, las/os migrantes tienen que perder sus rasgos culturales, pero a la vez, adoptando las características culturales del país receptor. En este modelo unidimensional de la aculturación, los problemas de adaptación surgen como consecuencia de la incapacidad de asimilarse a la sociedad receptora. Posteriormente, se empieza a estudiar la aculturación desde un punto de vista bidimensional. En este caso, se considera que es importante tanto el estudio sobre el mantenimiento de las características del país de origen como también el estudio sobre la adopción de las características culturales del país receptor. A partir de estas dos dimensiones se construyen cuatro estrategias de aculturación: Marginación (no se considera valioso ni el contacto cultural y psicológico con la sociedad de origen ni el contacto con la sociedad receptora), Separación (se considera valioso mantener las costumbres del país de origen pero no existe interés en adoptar las costumbres del país receptor), Asimilación (no se mantienen las costumbres del país de origen pero se considera importante adoptar las costumbres del país receptor) e Integración (se mantienen tanto las costumbres del país de origen y, a la vez, se adoptan las costumbres del país receptor).

Se considera que la aculturación es una etapa caracterizada por mucho estrés, dificultades económicas, discrepancia entre las metas a alcanzar antes del proceso migratorio y los logros que se pueden alcanzar en esos momentos, el desarraigo y posibles situaciones de discriminación. El estrés de aculturación reduce el estado de salud de las personas desde un punto de vista físico, psicológico y social.

4.SALUD

“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte.

De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”.

(Colosanti, 1990)

A continuación se presenta qué significa estudiar la salud desde la perspectiva de género. Además, se repasa la bibliografía correspondiente a la salud de las/os migrantes tanto a nivel internacional como también en nuestro país.

4.1. La salud desde la perspectiva de género

El análisis desde la perspectiva de género se refiere a tener en cuenta las asimetrías de poder entre hombres y mujeres en el contexto social actual que configura las relaciones entre hombres y mujeres en relaciones de subordinación, teniendo que afrontar factores de vulnerabilidad diferentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946, p. 100), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El concepto de salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. De esta forma, la salud también queda reconocida como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades.

La salud mental reviste la misma importancia que la salud física para el bienestar general de las personas, las familias, las sociedades y las comunidades. La salud mental y la salud física son dos aspectos de la vida estrechamente imbricados e

interdependientes, siendo el concepto de salud mental más amplio que la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2001).

Para el año 1946, esta definición tiene un carácter innovador, pero recientemente este concepto de salud ha recibido muchas críticas (Huber et al., 2011). En primer lugar, es criticado por considerarse subjetivo, pero a este aspecto se le añade la dificultad de operativizar el “bienestar” (San Martín y Pastor, 1988). Lo que más críticas ha recibido es el concepto de completo bienestar. Según este criterio, una gran parte de la población no sería considerada sana (Jadad y O’Grady, 2008) ya que se calcula que sólo entre el 10 y el 25% de la población mundial se encuentra completamente sana (Briceño-León, 2000). Asimismo, se considera utópica (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005) y no tiene en cuenta el estilo de vida de la persona (Pardo, 1997).

Al ser la salud una construcción social, está influida por múltiples factores de índole biológica, psicológica y subjetiva, a la vez que factores sociales, culturales, demográficos, políticos y económicos (Brabete, Sánchez-López, Dresch, Cuéllar-Flores y Rivas-Diez, 2013). En concreto, las investigaciones realizadas en el campo de la salud demuestran que las diferencias en salud entre mujeres y hombres no son sólo diferencias biológicas, sino también desigualdades de género debidas a los roles de género que mujeres y hombres asumen en una determinada sociedad (Artazcoz, Moya, Vanaclocha y Pont, 2004; Borrell y Artazcoz, 2007; Krieger, 2003; Martínez-Benlloch y Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000; Unger y Crawford, 1996; Velasco, 2005). Sin embargo, no es fácil tamizar el efecto que tienen el sexo y el género sobre la salud ya que estas variables interactúan con otras variables, como por ejemplo, la edad, la etnia, la clase social, la situación laboral, el nivel educativo, el entorno familiar y social, los estilos de personalidad, etc., que también se relacionan con la salud (Adler et al., 1994; Courtenay, 2000a, 2000b; Pappas, Queen, Hadden y Fisher, 1993; Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000; Sánchez-López, 2004, 2006).

A pesar de la evidente necesidad de introducir la perspectiva de género a la hora de hablar de salud, existe una cierta tendencia entre algunos/as investigadores/as que consiste en considerar los estudios de “género y salud” sinónimos de “mujeres y salud” (Bayne-Smith, 1996; Courtenay, 2000a; Este y Tachble, 2011). Esta forma de abordar la salud de mujeres y hombres perjudica, provocando, por un lado, un sesgo de invisibilidad o subrepresentación, en el caso de las mujeres, en ciertas áreas de investigación sobre cuestiones de salud que también afectan a las mujeres (Sánchez-López, 2003, 2004). Por otro lado, también es una desventaja para los hombres ya que,

a pesar de ser considerados los referentes en los estudios realizados, no se tienen en cuenta los factores de riesgo relacionados con el género de estos (Courtenay, 2000a; Courtenay, 2000b).

El introducir la perspectiva de género en la investigación en salud va cobrando interés. Por ejemplo, en Canadá, desde 2010 el *Canadian Institute of Health Research* ha introducido una medida según la cual los/as investigadores/as que solicitan subvenciones relacionadas con la salud tienen que especificar si la investigación propuesta va a tener en cuenta el sexo o el género. En un principio, solo aquellos/as investigadores/as que dan una respuesta afirmativa tienen que contestar por qué consideran introducir estas variables, posteriormente, independientemente de la respuesta, se tiene que argumentar por qué se introducen o no. Analizando los efectos de esta medida, Johnson, Sharman, Vissandjée y Stewart (2014), encuentran que, en solo un año, las propuestas que tienen en cuenta el sexo o género pasan del 26% al 48%. Estos datos difieren en función de la disciplina, siendo las disciplinas biomédicas las menos propensas a introducir el sexo y el género; las investigaciones clínicas tienden a introducir más la variable sexo, mientras que las investigaciones sobre estudios de población tienden a tener en cuenta más la variable género. Por otro lado, también se ha visto que las mujeres tienen una cierta sensibilidad a introducir tanto la variable sexo como también la variable género.

Las mujeres afirman tener peor salud que los hombres en todas las clases sociales (Borrell y Benach, 2005; Martín Moreno, 2001; Rodríguez Sanz, 2005), pero tienen tasas menores de mortalidad y son más longevas. Esta contradicción es conocida como la paradoja morbilidad-mortalidad, es decir, las mujeres viven más pero con una peor salud (Baum y Grunberg, 1991; McDonough y Walters, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Valls-Llobet, 2003; Verbrugge, 1985). Se ha encontrado que la salud percibida es peor cuando hay síntomas físicos y dolor o enfermedades crónicas. Entre las variables que más influyen para percibir una peor salud se encuentran la artrosis, la depresión, la bronquitis y la hipertensión (Perula, Martínez, Ruiz y Fonseca, 1995), las enfermedades graves o de larga duración, o limitaciones en la capacidad funcional, pero también pasar días en cama y consumir medicamentos. Además, se sabe que las preocupaciones, los malestares psicológicos y somatizaciones empeoran la salud percibida (Martín-Moreno, 2001).

Sin embargo, hay autores/as que sostienen que las mujeres se involucran más que los hombres en comportamientos promotores de la salud y tienen patrones y estilos

de vida más saludables (Kandrack, Grant y Segall, 1991; Waldron, 1997; Walker, Volkan, Sechrist y Pender, 1988). Por otro lado, los roles de género designados para las mujeres son también factores de vulnerabilidad. Por ejemplo, el cuidado de los demás tiene efectos sobre la salud física y psicológica (Cuéllar-Flores, Limiñana y Sánchez-López, 2014) porque implica una carencia de un proyecto propio, de comunicación y aislamiento, trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado (Conde, 2000), falta de soporte y ayuda sociofamiliar lo cual genera sobrecarga física y emocional, situaciones de abuso emocional por familiares, ausencia de tiempo propio y de autocuidado (Burín, 1991), exposición a situaciones de subordinación, dependencia afectiva y económica, que en sí mismas ya son factores de vulnerabilidad, pero además son la base para que se produzcan abusos, malos tratos y violencia de género (Blanco, 2004). Por otro lado, también se relacionan con la salud y el género la búsqueda del éxito social y personal (Conde, 2000; Moreno 2000; Velasco, 2005), la tiranía del ideal corporal modélico (Tubert, 2005), el consumo compulsivo de ropa y cosméticos y todos los productos relacionados con la apariencia (Bernárdez, 2005) o el deseo imperioso de ser madres (González de Chávez, 1998, 1999; Tubert, 1999, 2001).

En el caso de los hombres, los estudios demuestran que tienen estilos de vida menos saludables (OMS, 2000) y son menos longevos en la mayoría de los países (Arias, Anderson, Kung, Murphy y Kochanek, 2003; Mathers, Sadana, Salomon, Murray y López, 2001; OMS, 2000; White y Cash, 2003). Los estudios han encontrado que los hombres que adoptan construcciones tradicionales de masculinidad son más propensos a involucrarse en conductas de salud de riesgo (Courtenay, 2000a; Mahalik, Burns y Syzdek, 2007) incluyendo el abuso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (Blazina y Watkins, 1996; Hudd et al., 2000; Liu y Iwamoto, 2007; Mahalik et al, 2003; OMS, 2002, 2004), el comportamiento sexual de riesgo (Mahalik, Lagan y Morrison, 2006; Pleck, Sonenstein y Ku, 1994) y utilizar los servicios de salud con menos frecuencia (Addis y Mahalik, 2003; Good et al., 1995; Wisch, Mahalik, Hayes y Nutt, 1995). Los resultados muestran que muchas de las tareas asociadas a buscar ayuda de profesionales de la salud, tales como confiar en otros/as, admitiendo la necesidad de ayuda, o el reconocimiento del problema, son percibidos como contradictorios con respecto a los mensajes que los hombres reciben sobre la importancia de la autosuficiencia, la resistencia física y el control emocional (Bueno, Dell y Mintz, 1989; Levant y Pollack, 1995; Pleck, 1981; Pollack, 1998; Real, 1997).

El Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) dirigido por la Dra. María del Pilar Sánchez-López está trabajando en temas relacionados con las diferencias entre sexos en distintas enfermedades y las consecuencias de éstas sobre las conductas saludables, la calidad de vida, el grado de satisfacción personal, el estrés y los problemas psicológicos sufridos por las mujeres y los hombres desde una perspectiva de género. Los resultados muestran que algunas normas de género están directamente relacionadas con ciertos índices de salud, mientras que otras normas están inversamente relacionadas con las mismas o diferentes índices en función de la población de estudio. (Brabete et al., 2013). Por ejemplo, en el caso de los hombres, los que fuman puntúan menos en las escalas 6-Dominancia y 9-Primacía del trabajo, mientras que los que consumen alcohol puntúan más alto en 7-Donjuanismo, 10-Desprecio hacia la homosexualidad y 11-Búsqueda de posición social (Brabete et al., 2013). Estos factores de riesgo se asocian a enfermedades o accidentes que se producen en la etapa media de la vida y pueden conducir a la muerte prematura. En el caso de las mujeres, por ejemplo, la salud autopercibida correlaciona de forma negativa con las normas femeninas de género 2-Cuidadora de niños/as, 4-Fidelidad sexual, 7-Doméstica, 5-Modestia y 8-Invertir en la imagen y, de forma positiva, con 1-Agradable en las relaciones. En este caso, las mujeres interesadas en el cuidado de niños/as, en las relaciones sexuales dentro de una relación de compromiso, en las tareas del hogar y en el cuidado de su aspecto físico tienen una percepción de su estado de salud más baja mientras que las mujeres que aprecian las relaciones de amistad y apoyo perciben mejor su estado de salud (Brabete y Sánchez-López, 2012; Sánchez-López, Cuéllar-Flores y Dresch, 2012).

4.2. La salud de las/os migrantes

En los estudios sobre la salud de los/as migrantes, muchas veces se compara la salud de estos/as con la salud de la población autóctona. Los estudios encuentran que la salud de los/as migrantes medida a través de diferentes índices de salud es mejor que la de los/as autóctonos/as aunque esta ventaja tiende a disminuir con el tiempo (Anson, 2004; Halliday y Kimmitt, 2008; Markides y Eschbach, 2011; Ng, 2011; Rubalcava, Teruel, Thomas y Goldman, 2008). Este fenómeno es conocido como la paradoja epidemiológica ya que a pesar de las desventajas socioeconómicas, éstas no tienen implicaciones negativas para la salud. Por ejemplo, en EEUU este fenómeno se conoce

como la paradoja hispana y se empieza a estudiar a partir de las tasas de mortalidad de los hispanos que resultan ser más bajas en relación con los blancos no hispanos a pesar de las desventajas económicas y las dificultades de acceso a los centros de salud (Turra y Goldman, 2007).

Se han barajado varias hipótesis para explicar estos resultados. Una de ellas es lo que se conoce como el *efecto del inmigrante sano*, aunque en ocasiones, esta teoría es considerada, más bien, una especulación (Lu, 2008; Rubalcava, Teruel, Thomas y Goldman, 2008). Según esta teoría, son los/as migrantes más jóvenes, más sanos/as y más educados/as los/as que migran y, por eso, al llegar a los países receptores, su estado de salud es mejor que el de los/as autóctonos/as. Lo que también se ha observado es una deterioración de la salud conforme aumenta el tiempo de residencia en el país receptor (Gee, Kobashi y Prus, 2004).

El otro fenómeno relacionado con la cuestión sobre la salud de los/as migrantes es el *efecto del salmón*, es decir, los/as migrantes regresan a su país de origen cuando su salud se deteriora. Existen datos que apoyan este fenómeno, pero no en su totalidad (por ejemplo, Abraído-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak, y Turner, 1999; Turra y Elo 2008). Ullmann, Goldman y Massey (2011) encuentran resultados que indican que las/os migrantes retornadas/os tienen una mayor prevalencia de enfermedades del corazón, trastornos emocionales/psiquiátricos, obesidad y tabaquismo que las/os no migrantes, pero no se encuentran diferencias en autopercepción de la salud, la diabetes o la hipertensión.

Otra de las hipótesis reside en los estilos de vida de los/as migrantes ya que se considera que los factores sociales y culturales pueden ejercer un efecto protector (Guendelman y Abrams, 1995; Palloni y Arias, 2004) (por ejemplo, en el caso de los/as hispanos/as, tienen amplias redes sociales y fuertes lazos sociales y, además, cuentan con comportamientos saludables relacionados con la alimentación, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y otras conductas de salud).

A continuación repasarán investigaciones con respecto al fenómeno del *inmigrante sano* en la salud autopercebida, el consumo de sustancias (en este caso, el consumo de tabaco, alcohol y fármacos), utilización de los servicios médicos y enfermedades crónicas. Se han encontrado evidencias sobre el efecto del inmigrante sano en Australia (Biddle, Kennedy y McDonald, 2007; Donovan, d' Espaignet y van Ommeren 1992), Canadá (Kobayashi y Prus, 2012; McDonald y Kennedy, 2004; Ng, 2011), EEUU (Stephen, Foote, Hendershot y Schoenborn, 1994; Thomson, Nuru-Jeter,

Richardson, Raza y Minkler, 2013), Gran Bretaña (Norman, Boyle y Rees, 2005) pero también cuando se han realizado estudios sobre las migraciones internas en Indonesia (Lu, 2008) y China (Chen, 2011; Lu y Qin, 2014). Asimismo, se incluyen los datos encontrados en nuestro país (ver apartado 4.2.7. Datos en España sobre la salud de los/as migrantes, págs. 76-80).

4.2.1. Salud autopercebida

La salud autopercebida es un indicador subjetivo del estado de salud y el bienestar. Se ha comprobado que es una medida válida de la salud en general (Idler, Russell y Davis, 2000), siendo un fuerte predictor de la mortalidad (Mossey y Shapiro, 1982; Smith, Shelley y Dennerstein, 1994; van Doorslaer y Gerdtham, 2003), discapacidad (Månsson y Råstam, 2001), los comportamientos de salud (Cott, Gignac y Badley, 1999; Manderbacka, Lahelma y Martikainen, 1998) y la utilización de los servicios sanitarios (Pinquart, 2001). Incluso se ha descubierto que esta medida es aproximadamente idéntica a las medidas biológicas tales como exámenes físicos y de laboratorio (Banks, Marmot, Oldfield y Smith, 2006).

En el caso de las/os migrantes, cuando se analiza esta variable, se observa que los resultados varían según las variables que se tienen en cuenta. Por ejemplo, cuando se tiene en cuenta la edad, los resultados indican que se da el efecto del inmigrante sano en los migrantes recientes de mediana edad (45-64 años), pero no así en el caso de los adultos mayores (más de 65 años). En este último caso, las personas mayores de 65 años que llevan poco tiempo en Canadá, tienen una peor salud que los/as canadienses. Si se mantienen constantes las características sociodemográficas y el estatus socioeconómico, la desventaja desaparece (Gee, Kobayashi y Prus, 2004). El porcentaje de mujeres que afirman tener una salud regular o mala es más alto que el de hombres (Newbold, 2004).

Kobayashi y Prus (2012) analizan los resultados de la Encuesta de salud de la comunidad canadiense del 2005 teniendo en cuenta la intersección entre la edad, sexo y origen étnico. Los resultados indican que el *efecto del inmigrante sano* existe en el caso de los hombres de mediana edad tanto blancos como no blancos. En el caso de los hombres mayores no blancos, los resultados son diferentes: su salud es peor que la de los canadienses de la misma edad, incluso cuando las variables sociodemográficas, económicas y los comportamientos de salud son constantes. En el caso de las mujeres, las de mediana edad, independientemente de su origen étnico o tiempo que llevan en Canadá, informan de peor salud auto percibida, si se les compara con las canadienses.

En cambio, las mujeres de más edad no blancas que llevan poco tiempo afirman tener mejor salud que las canadienses.

Días, Gama y Martins (2013) encuentran que las mujeres jóvenes perciben mejor su salud que las mujeres mayores. Las participantes de África y Brasil valoran su salud mejor que las participantes de la Europa del Este. De la misma forma, las mujeres con un nivel educativo más alto y que perciben sus recursos económicos como suficientes también perciben que su salud es mejor. El no tener enfermedades crónicas o trastornos mentales, preocuparse por los hábitos de alimentación y hacer ejercicio físico influye a la hora de valorar la salud como mejor. Para los hombres, estos resultados se repiten a excepto de las variables recursos económicos, trastornos mentales desde la llegada a Portugal y hacer ejercicio físico. En el caso de la primera variable, esta tiene menos peso que para las mujeres, mientras que en el caso de los trastornos mentales y hacer ejercicio físico no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

4.2.2. Consumo de tabaco, alcohol y fármacos

Los/as migrantes que llevan menos tiempo en Canadá tienen menos probabilidad de fumar y consumir alcohol que las personas que llevan más tiempo o los/as propios/as canadienses (Gee, Kobayashi y Prus, 2004). Pérez (2000) encuentra que fumar es menos frecuente entre los/as migrantes que entre los/as canadienses, con diferencias más altas en el caso de las mujeres. El consumo de tabaco es menos frecuente en el caso de las mujeres, especialmente en el caso de las mujeres migrantes. Con el objeto de medir la prevalencia del consumo de tabaco en 71 países, la OMS ha llevado a cabo un estudio entre 2002 y 2004, encontrando que las mujeres, como grupo, fuman menos que los hombres (Bosdriesz, Mehmedovic, Witvliet y Kunst, 2014).

En el caso de los/as adolescentes migrantes, los resultados indican que tienen menores tasas de consumo de sustancias que los/as jóvenes nacidos/as en EEUU, pero el consumo varía en función de la generación y el tiempo que llevan en el país. En este estudio, la prevalencia de consumo de sustancias es más baja entre los/as migrantes que llevan menos de 4 años en EEUU. Entre las adolescentes, la generación y el tiempo pasado en el país no guardan relación con el consumo de alcohol o tabaco. Los adolescentes que habían pasado en EEUU menos de 4 años, tenían un riesgo menos de consumo de alcohol. Tanto entre los adolescentes como también entre las adolescentes, los/as considerados/as de primera y segunda generación tenían menos probabilidad de

informar de consumo de marihuana en comparación con los/as jóvenes de la tercera generación. En general, los/as jóvenes migrantes tienen un riesgo menor de consumo de alcohol, tabaco y marihuana que los/as nacidos/as en EEUU, pero el efecto protector de la nacionalidad desaparece antes en el caso del alcohol que en el caso del tabaco o la marihuana (Almeida, Johnson, Matsumoto y Godette, 2012)

Al analizar la situación de los/as jóvenes asiáticos/as que viven en EEUU, Chen, Unger, Cruz y Johnson (1999) encuentran que estos tienen tasas de tabaquismo más bajas e inician la conducta de fumar más tarde que los/as jóvenes estadounidenses, pero existen diferencias entre los diferentes países. Asimismo, los niveles altos de aculturación se asocian con mayores tasas de prevalencia y una edad más temprana de inicio.

Las/os migrantes tienen tasas de abuso de alcohol menores que las/os autóctonas/os, pero el consumo depende del país de origen (Szaflarski, Cubbins y Ying, 2010), por ejemplo, en el caso de los/as migrantes sudamericanos/as (puertorriqueños/as, cubanos/as), las tasas son parecidas a las de los/as estadounidenses. Sin embargo, no pasa lo mismo en el caso de los/as mexicanos/as ya que tienen tasas más bajas. Los/as asiáticos/as y los/as africanos/as tienen las tasas más bajas de abuso de alcohol. El estrés aculturativo se asocia con un incremento en la probabilidad de abusar en cuanto al consumo de alcohol. Por otro lado, el consumo de alcohol queda asociado al sexo masculino, la edad (los jóvenes consumen más que los más mayores) y el bajo nivel educativo.

Un estudio longitudinal sobre el consumo de alcohol en la etapa premigratoria y postmigratoria, demuestra que el consumo de alcohol, tanto en el caso de los hombres como en el caso de las mujeres, disminuye (De La Rosa, Dillon, Sastre y Babino, 2013).

En cuanto al consumo de fármacos, los resultados indican que las personas migrantes consumen menos fármacos y los gastos relacionados con este consumo son más bajos que en el caso de las/os autóctonas/os (Carrasco-Garrido, De Miguel, Barrera y Jimenez-Garcia, 2007; Rue et al., 2008). Asimismo, si se contempla el origen de dichos fármacos, los resultados señalan que las/os migrantes siguen consumiendo fármacos de sus países de origen (Volodina et al., 2011). Existe una preocupación creciente por el policonsumo de fármacos en el caso de las personas mayores que viven unos meses en sus países de origen y el resto del año, en el país receptor (Bilecen y Tezcan-Güntekin, 2014). Algunas de las razones por las que las personas migrantes se decantan por el consumo de fármacos de sus países de origen es la dificultad lingüística

al no poder entender qué contienen dichos fármacos y más confianza en el sistema sanitario del país de origen (Etiler y Lordoglu, 2012).

4.2.3. Utilización de los servicios médicos

A pesar de la preocupación por la utilización de los servicios médicos por parte de la población migrante, estos los utilizan en menor medida que la población autóctona (Carrasco-Garrido et al., 2007; Caulford, 2006). Los resultados sobre la utilización de los servicios médicos en Canadá analizados a partir de la Encuesta Nacional de Salud de este país (Globerman, 1998) demuestran que después de controlar la edad, los/as migrantes no utilizan más que los canadienses los servicios médicos.

En algunos países donde la sanidad no tiene una cobertura universal como por ejemplo EEUU, se considera que las diferencias encontradas entre la población autóctona y las/os migrantes son debidas a la falta de seguro médico (Hargraves y Hadley, 2003). Pero estas diferencias se siguen manteniendo en países como España, donde antes del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, todas las personas migrantes eran atendidas (Jiménez-Martín y Jorgensen, 2009). Con el aumento del tiempo de residencia en España, los patrones de utilización de los servicios médicos son similares a los de las/os autóctonas/os (Leclere et al., 1994). Pero también hay estudios que encuentran que las personas migrantes tienen más probabilidad de realizar más de 3 visitas, frente a 1 ó 2 visitas de la población autóctona y además se realizan más pruebas complementarias (Soler-González et al., 2008). Al igual que en la población autóctona son las mujeres migrantes las que acuden más a las consultas médicas (Dias, Gama y Martins, 2013).

La edad es uno de los factores que contribuye a que se produzca una menor utilización de los servicios. En España, la población migrante es más joven que la población autóctona. La media de edad de la población inscrita en el Padrón es de 42.2 años, siendo la de los españoles de 43 años y la de los extranjeros de 34.9 años (INE, 2014). Tal como se ha visto en el apartado 4.2.2. Consumo de tabaco, alcohol y fármacos (págs. 68-70) tienen hábitos más saludables de vida al consumir menos alcohol y tabaco. Los diferentes conceptos de salud que manejan se consideran un factor que impide el acceso a los servicios médicos al no coincidir con los de sus países de origen (Etiler y Lordoglu, 2012). Sin embargo, se ha visto que más que las diferencias conceptuales, los/as migrantes pueden tener en cuenta otros factores como por ejemplo

los problemas de comunicación o el desconocimiento sobre cómo funciona el sistema (Liu, Meeuwesen, van Wesel y Ingleby, 2014). Por eso, los/as migrantes que han acudido al médico proponen como medidas para mejorar la atención, un mayor uso de intérpretes y mediadores culturales y mayor difusión de la información sobre el funcionamiento del sistema de salud (Liu et al., 2014).

4.2.4. Enfermedades crónicas

A la hora de comparar la prevalencia de las enfermedades crónicas de los/as canadienses y los/as migrantes residentes en Canadá, Pérez (2002) encuentra que la prevalencia de éstas es más baja en los/as migrantes, incluso cuando se controlan la edad, la educación y el nivel de ingresos. Esta mejor salud medida a través de la prevalencia de enfermedades crónicas se da tanto en hombres como también en mujeres migrantes, pero tanto las mujeres migrantes como las canadienses presentan más enfermedades crónicas que los hombres. El tiempo de residencia en Canadá es una variable importante y se ha visto que a medida que aumentan los años de residencia, la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta, llegando a ser igual que la de los/as canadienses en el caso de los/as migrantes que llevan 30 o más años como residentes en Canadá.

La diabetes y la hipertensión tienen tasas más bajas entre los/as migrantes más recientes, aumentando con el tiempo, pero cuando se tienen en cuenta los ajustes de edad, educación e ingresos, estas ventajas desaparecen. En el caso de los migrantes no recientes (20-29 años) incluso después del ajuste, la prevalencia de diabetes es más alta. Cuando se tienen en cuenta la edad, la educación y los ingresos, los migrantes recientes tienen un menor riesgo de tener una enfermedad cardíaca en comparación con los hombres canadienses. Las mujeres migrantes con menos tiempo de residencia (0-19 años), después del ajuste, tienen tasas más bajas de cáncer. El estudio de McDonald y Kennedy (2004) apoya los mismos resultados. Tanto mujeres como hombres migrantes tienen tasas más bajas de enfermedades crónicas que los/as canadienses, aunque después de llevar más de 20 años en Canadá las tasas de los/as migrantes se aproximan a las de los/as canadienses.

En cuanto a la diabetes, se ha encontrado que los/as migrantes tienen tasas más altas que la población autóctona (Oza-Frank y Narayan, 2010). Asimismo, cuando se analizan los resultados por sexos, se observan diferencias entre los hombres y las

mujeres, siendo las mujeres las que tienen una tasa más alta que los hombres (Wang et al., 2012). La prevalencia de diabetes aumenta con el tiempo de residencia. El no hablar ninguno de los idiomas oficiales afecta la probabilidad de tener diabetes en el caso de las/os migrantes. A pesar de tratarse de personas que padecen diabetes, los/as migrantes utilizan menos los servicios médicos que la población autóctona canadiense.

4.2.5. Salud mental

Durante el siglo pasado, la relación entre la salud mental y el proceso de migración era una incógnita, (Achotegui, 2002; Bhugra, 2004; Collazos, Qureshi, y Casas, 2005; García-Campayo y Carillo, 2002) pero hoy en día existe un acuerdo generalizado de que las repercusiones del proceso de migración en la salud mental son múltiples y heterogéneos. Asimismo, se ha pasado de considerar que las consecuencias negativas de la migración como por ejemplo el estrés emocional y la ansiedad son inevitables (Marcos, 1976) a considerar que estas consecuencias negativas se pueden evitar (Miranda y Matheny, 2000).

Todavía no existen datos concluyentes en relación a si la migración mejora o empeora la salud mental de las/os migrantes (Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck y Brähler, 2009). Si los resultados sobre la salud física de las/os migrantes demuestran que estos gozan de mejor salud física, por lo menos en los primeros años de residencia en el país receptor, los resultados sobre la salud mental no coinciden en encontrar los mismos resultados.

Ødegård (1932) encuentra que entre las personas migrantes noruegas que se habían desplazado a EEUU a principios de siglo XX, tenían casi el doble de admisiones por esquizofrenia que las personas noruegas no migrantes. El pico de incidencia se daba entre los diez y los doce años después de la migración. También otros estudios epidemiológicos muestran que hay una mayor incidencia en los trastornos psicóticos en migrantes tanto de primera generación como de segunda (Cantor-Graae y Selten, 2005; Harrison, Glazebrook y Brewin, 1997; King, Coker, Leavey, Hoare y Johnson-Sabine, 1994). La explicación aportada es el estrés provocado por la migración (Creed, 1987; Loudon, 1995). Entre las explicaciones alternativas se proponen la mayor incidencia de estos trastornos en los países de origen (Schrier, van de Wetering, Mulder y Selten, 2001) o la predisposición del individuo en situaciones vitales estresantes (Eagles, 1991).

Miclutia, Junjan, Popescu y Tigan (2007) encuentran que hay rumanos/as que vuelven a Rumanía después de un episodio psicótico. Son jóvenes, solteros, sin experiencia previa fuera del país, con pocos vínculos en el país receptor y con trabajos precarios e inestables en comparación con los que desempeñaban en Rumania antes de la migración. A pesar de permanecer ingresados menos tiempo que los no migrantes, tanto al ingresar como en el momento del alta hospitalaria, tienen una peor salud mental que la población control. El apoyo social es un factor de riesgo ya que las personas que migran solas manifiestan el primer episodio dentro de los primeros seis meses mientras que las que se van acompañadas, lo presentan después de un año y antes de cinco años desde que llegan al país receptor (Vremarioiu, Fodoreanu, Miclutia y Popescu, 2011) .

Las personas migrantes puntúan más alto en depresión que la población general (Cheng, 1997; Frank y Faux, 1990; Vega, Kolody y Valle, 1986). En el meta-análisis realizado por Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck y Brähler (2009) las tasas de prevalencia en este trastorno oscilan entre el 3% (Silove, Steel, Bauman, Chey y McFarlane, 2007) y el 81% (Lee, Lee, Chun y Yoon, 2001). Las mujeres migrantes son las que presentan mayor nivel de síntomas depresivos (Clarke y Jensen, 1997; Hovey, 2000). Aunque los síntomas depresivos son los más utilizados a la hora de evaluar cómo afecta el fenómeno migratorio la salud psicológica de las/os migrantes (Navarro y Morales, 2001), en relación con el motivo de consulta, los síntomas de ansiedad son la principal causa de demanda asistencial y se corresponde con la demanda general de la población (Vicente y Díaz, 2001). Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck y Brähler (2009) encuentran que la prevalencia del trastorno de ansiedad está entre el 5% (Noh, Speechley, Kaspa y Wu, 1992) y el 90% (Lee et al., 2001).

Se han estudiado numerosas variables relacionadas con la salud de la población migrante. Por ejemplo, variables como la edad, el nivel de estudios, el trabajo, el estado civil, el número de miembros de la familia, el número de años en el país receptor, el idioma, la discriminación guardan relación con la salud mental y el proceso de adaptación en personas migrantes (Aroian, 1990; Escobar et al. 2000; Finch et al. 2003; Grzywacz et al. 2006; Magana and Hovey 2003). Sin embargo, al estudiar la salud de las/os migrantes los resultados no se suelen presentar desagregados por sexos (Lindert et al., 2009) y, en general, no se tiene una perspectiva de género a la hora de explicar, por ejemplo, por qué las mujeres migrantes presentan mayor nivel de síntomas depresivos (Clarke y Jensen, 1997; Hovey, 2000). Los resultados sobre la peor salud

mental en el caso de las mujeres se mantienen incluso en la segunda generación (Furnham y Shiekh, 1993).

Cuando se introduce la perspectiva de género, las investigaciones sobre la salud de los/as migrantes coinciden en señalar que existen diferencias entre la salud de las mujeres y los hombres migrantes debidas a desigualdades de género (Llácer et al., 2007; Malmusi et al., 2010). Las mujeres pueden experimentar desigualdades de género tanto en el país de origen como también en el país receptor. Por ejemplo, en el país receptor las mujeres son más vulnerables debido a la situación de pobreza, el desempleo y la falta de apoyo social (Llácer et al., 2007).

Si se desagregan los resultados por sexos, se puede observar que la salud mental de las/os migrantes está influida por diferentes factores. Por ejemplo, Aroian, Norris, González de Chávez y García (2008) encuentran que sólo la falta de novedad se relaciona con la salud mental tanto en hombres como en mujeres. En el caso de las mujeres, el trabajar a tiempo completo se relaciona con un menor estrés, pero no sucede lo mismo en el caso de los hombres. Los hombres que tendían a tener una peor salud mental eran aquéllos que vivían con niños/as o nietas/as, pero no se han encontrado los mismos resultados en el caso de las mujeres. Otros factores que también intervienen en la salud mental de las mujeres son las escalas relacionadas con la pérdida, no estar contenta en el trabajo y la percepción acerca del conocimiento del idioma. Para los hombres, el no sentirse como en casa tiene relación con la salud mental.

Al comparar la salud mental de mujeres y hombres de nacionalidad española y ecuatoriana que residen en España, las mujeres ecuatorianas tienen la prevalencia más alta de posibles casos psiquiátricos (Del Amo et al., 2011). Las mujeres españolas y ecuatorianas comparten el tener los sueldos más bajos, pero son las mujeres ecuatorianas las más desfavorecidas ya que una proporción muy alta de estas mujeres tienen hijos, perciben un bajo apoyo emocional de sus parejas y tienen bajo apoyo social. Además, las mujeres ecuatorianas tienen el salario más bajo, el apoyo económico más bajo y son las que más insatisfechas se sienten con su trabajo.

Aunque las mujeres tienen más nivel de estudios es menos probable que sean empleadas en trabajos que tengan que ver con sus estudios (Chui, 2011). Las mujeres migrantes que trabajan en el servicio doméstico en Turquía tienen alta formación, pero prefieren trabajar en este sector por tener un salario más alto que en sus países de origen. En este sector, en ocasiones, están abusadas verbalmente por sus empleadores/as (Etiler y Lordoglu, 2012). Estas condiciones de precariedad laboral y los otros factores

relacionados con la migración predisponen a la hora de padecer estrés crónico, siendo éste el mejor predictor de la depresión (Brown y Harris, 1978; McGonagle, 1990).

4.2.6. Relación entre la salud mental y el estrés aculturativo

Liebkind (1996) encuentra que existen numerosos determinantes del estrés aculturativo, como por ejemplo las características sociodemográficas, las experiencias pre-migratorias, el contexto social de la sociedad receptora, las experiencias de aculturación durante el proceso migratorio y el grado de aculturación. Asimismo, Miranda y Matheny (2000) encuentran que el 48% de la variabilidad en los resultados del estrés de aculturación queda explicado por el afrontamiento, el grado de aculturación, la cohesión dentro de la familia, el idioma y el tiempo de residencia en el país de destino. En otro estudio realizado por Kim (2011) con estudiantes de musicoterapia, encuentra que el 41% del estrés de aculturación queda explicado por el nivel de inglés, el neuroticismo y el estrés provocado por los requisitos académicos a la hora de realizar estudios de musicoterapia.

Una de las variables relacionadas con la salud mental de los inmigrantes es el estrés de aculturación (Brabete, Rivas-Diez y Sánchez-López, 2014). Éste se relaciona con aquellas variables de naturaleza física, biológica, política, económica y cultural que tienen lugar durante el proceso migratorio. El nivel de estrés de aculturación depende de cada individuo de tal forma que éste se puede presentar en pequeñas dosis, pero, en ocasiones, puede llegar a destruir totalmente la capacidad de afrontamiento de una persona (Berry et al., 1987). Según el modelo desarrollado por Berry et al. (Berry y Kim, 1988), hay factores que pueden explicar el nivel de estrés experimentado: el apoyo social, el estatus socioeconómico, la autoestima, las estrategias de afrontamiento, las características de personalidad y el conocimiento del nuevo idioma y la cultura. Por ejemplo, se consideran como fuente de estrés a la hora de adaptarse a la vida en otro país hechos como por ejemplo ir a un nuevo sitio, preocupaciones que tienen que ver con la seguridad personal, adaptarse a un nuevo estilo de vida y la búsqueda de empleo (Crooks, Hynie, Killian, Giesbrecht y Castleden, 2009).

Hovey (2000) y Hovey y King (1996, 1997) amplían el modelo de Berry analizando las consecuencias de los elevados niveles de estrés. Según este modelo, los individuos que experimentan altos niveles de estrés de aculturación están en riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. Estos/as autores/as encuentran que las personas con

unas expectativas positivas de futuro y niveles relativamente altos de apoyo social pueden experimentar menos depresión que aquellas personas con expectativas negativas y con menos apoyo. De esta forma, al explorar el estrés de aculturación y la salud mental, varios estudios (Hovey, 2000; Hovey y King, 1996; Hovey y Magaña, 2000) encuentran que el estrés aculturativo está relacionado directa y positivamente con la depresión y la ideación suicida. Por lo tanto, aquellos/as inmigrantes que tienen un elevado estrés de aculturación pueden estar en riesgo de sufrir niveles críticos de malestar psicológico mientras que otras variables como el apoyo social y las expectativas positivas pueden protegerles del malestar que tiene lugar durante el proceso migratorio.

No obstante, también existen estudios (por ejemplo, Salgado, Castañeda, Talavera y Lindsay, 2012) que no encuentran relación entre el estrés de aculturación y la salud mental. Además, las estrategias de afrontamiento tienen un papel mediador ya que cuando se tienen en cuenta, se observa que tanto la salud mental como el estrés aculturativo, disminuyen (Im, Lee y Lee, 2013).

4.2.7. Datos en España sobre la salud de los/as migrantes

Cots et al. (2002) utilizan un estudio sobre las hospitalizaciones del Hospital del Mar de Barcelona del año 2000. Dada la estructura diferente de edad y la mayor tasa de fertilidad, los/as migrantes tienen diferentes necesidades al compararlos con la población autóctona. Cuando se ajusta la edad, la casuística y la severidad de los problemas de salud, los/as migrantes pasan menos tiempo en el hospital que la población autóctona aunque los/as migrantes con un nivel inferior de renta tienden a acceder a los servicios sanitarios principalmente a través de los servicios de urgencias. En otro estudio utilizando los datos del mismo hospital, pero esta vez de los años 2002 y 2003, Cots et al. (2007) concluyen que los servicios de emergencia de este hospital están utilizados como sustitutos de otros servicios por parte de la población migrante.

Los resultados de la Encuesta Catalana de Salud del año 2006 analizados por García (2007) sugieren que los/as migrantes puntúan más alto en salud autopercibida que los/as autóctonos/as. En cambio, la relación se invierte al analizar la salud mental. Con respecto a la utilización de los servicios médicos, inmigrantes y autóctonos presentan la misma probabilidad de visitar a un médico general o haber estado hospitalizados en los últimos doce meses. Por otro lado, tienen una menor probabilidad

de visitar al médico especialista y una probabilidad mayor de visitar los servicios de urgencias hospitalarios. Las diferencias encontradas en cuanto a la utilización de los recursos sanitarios disminuyen con el tiempo de residencia por lo que se concluye que el patrón diferencial de utilización de estos recursos se puede deber a un menor conocimiento sobre el funcionamiento del sistema sanitario español por parte de la población migrante.

En la Región de Murcia, al analizar los datos de todos/as los/as poseedores/as de tarjeta sanitaria a 31 de diciembre de 2005 (1.333.810 personas) y todos los servicios prestados en el año 2005, Nicolás y Parreño (2009) encuentran que los/as españoles/as tienen un gasto medio superior al del resto de los colectivos, pero existen diferencias por sexos y país de procedencia: para personas entre 20 y 40 años, el gasto medio de las mujeres españolas es igual al de las mujeres latinoamericanas y superado por el de las mujeres africanas. Asimismo, las tasas de utilización de las consultas externas, de urgencias y la de las hospitalizaciones son más altas en el caso de los/as españoles/as y, en el caso de las personas entre 20 y 40 años, las mujeres latinoamericanas y africanas tienen una tasa más alta que la de las mujeres españolas.

Carrasco-Garrido et al. (2007), con el objeto de explorar los estilos de vida y los patrones de utilización de los recursos de atención sanitaria, analizan datos de 1.506 personas obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2003. Los resultados muestran que los/as migrantes tienen niveles inferiores de consumo de alcohol y tabaco. En cuanto al uso de servicios sanitarios, los/as migrantes presentan tasas más altas de hospitalización en los últimos 12 meses, pero consumen menos fármacos que los/as españoles/as.

A partir de los datos de la ENS del 2003 y 2006, Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio (2009) demuestran que la salud auto percibida de los/as migrantes depende de la nacionalidad de tal forma que los/as migrantes de la UE perciben mejor su salud que los/as españoles/as mientras que los de Latinoamérica tienen una peor percepción acerca de su salud. En relación al uso de los servicios sanitarios, se observa que los/as migrantes, independientemente del país de nacionalidad tienen una menor probabilidad de visitar los servicios especialistas que la población autóctona.

En España, los resultados de la Encuesta de Salud (ESCA) del 2006 (García-Gómez y Oliva, 2009) indican que las mujeres migrantes difieren de las mujeres autóctonas en cuanto a los problemas de salud mental mientras que en el caso de los hombres, las diferencias encontradas radican tanto en problemas de dolor/malestar

como también en los relacionados con los problemas mentales. El país de nacimiento es un factor importante de tal forma que los/as que proceden de Europa occidental o de países de rentas altas no muestran diferencias respecto a los/as autóctonos/as, pero no sucede lo mismo en el caso de los/as migrantes procedentes de África y de Europa central y oriental ya que estos/as afirman tener más problemas de dolor/malestar y mentales, mientras que los/as procedentes de América Latina refieren más problemas en la dimensión mental. Por otro lado, el efecto del *inmigrante sano* no se confirma en el caso de los/as migrantes recientes, pero sí en el caso de los/as migrantes que más tiempo llevan ya que estos últimos no presentan diferencias significativas en su estado de salud percibido respecto a los/as autóctonos/as.

En relación al consumo de medicamentos, los estudios realizados en España muestran que los migrantes consumen menos fármacos que la población española, cuando se ajustan los datos por edad (Rue et al., 2008). Cuando se analiza el gasto farmacéutico, el resultado se mantiene, siendo los/as migrantes los/as que menos gasto farmacéutico generan (Casado Marín, Puig-Junoy y Puig Peiró, 2009; Rue et al., 2008). A partir de los resultados de la ENS del 2006, Jiménez y Hernández (2010) concluyen que cuando se trata de la automedicación, los/as migrantes tienen la misma probabilidad de automedicarse que los/as españoles/as, cuando las características socioeconómicas y de salud se mantienen constantes. Sin embargo, al analizar el país de nacimiento, son los/as migrantes de Europa central y del este los/as que tienen una probabilidad más alta que los/as españoles/as de automedicarse.

Comparando los resultados de la ENS 2006 y 2012, Malmusi y Gotsens (2014) encuentran que las personas de países de renta baja declaran una peor salud percibida que las personas nacidas en España (controlando la edad), especialmente las mujeres. También se observa que el tiempo de residencia juega un papel importante ya que la percepción de la salud es peor al aumentar el tiempo de residencia. El grupo con mayor prevalencia de mala salud es el grupo de personas originarias de un país asiático. Al contrastar los porcentajes de personas que declaran tener una mala salud en 2006 y 2012, se observa una disminución de dicho porcentaje en el año 2012. Con respecto a las enfermedades crónicas, las/os migrantes de países de renta baja presentan menor número de enfermedades crónicas que los/as autóctonos/as. No se encuentran diferencias entre los trastornos crónicos más frecuentes en población autóctona y población migrante, siendo estos, en el caso de las mujeres, el dolor crónico cervical, lumbar y las varices. En el caso de los hombres, no se han encontrado diferencias con relación al

dolor lumbar, la artrosis y migraña, pero se han encontrado prevalencias inferiores para el dolor cervical, alergia y varices.

Los resultados de las dos encuestas (ENS 2006 y ENS 2012) indican que la salud mental de los hombres y las mujeres migrantes de países de renta baja es peor que en el caso de las personas nacidas en España (Collazos, Qureshi y Malmusi, 2014). En el caso de las mujeres rumanas, la evolución de la salud mental ha sido positiva entre 2006 y 2012, pero no así en el caso de los hombres, que han tenido una evolución negativa, con un mayor riesgo de mala salud mental. Asimismo, el tiempo de residencia afecta el estado de salud mental de los/as migrantes de países de baja renta (a mayor tiempo de residencia, peor salud). Son los/as migrantes de países de renta baja con más tiempo de residencia los/as que refieren con mayor frecuencia haber tenido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en el último año. Las mujeres y hombres rumanas/os son los que menos trastornos mentales declaran tener en el año 2012, siendo el porcentaje de las mujeres más alto que el de los hombres. El consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, en el año 2012, es mayor cuando se trata de personas de renta baja con mayor tiempo de residencia, especialmente en el caso de las mujeres. Se observa una disminución en el consumo de antidepresivos en las mujeres tanto españolas como migrantes y un aumento entre los hombres migrantes. Las mujeres y hombres rumanas/os son el grupo con menor consumo de antidepresivos.

Las mujeres latinoamericanas, africanas y españolas acuden más al psicólogo o terapeuta que las mujeres de países de renta alta. Sin embargo, en el caso de los hombres, se observa el efecto contrario ya que son los hombres de países de alta renta los que acuden más a menudo a terapia. El tiempo de residencia también produce un efecto diferencial en las mujeres y hombres de países de renta baja, siendo las personas con un menor tiempo de residencia las que menos acuden a terapia en comparación con los/as autóctonos. No se encuentran diferencias entre las personas que llevan residiendo en España más de 10 años y los/as autóctonos/as en cuanto a la asistencia a terapia. En el caso de los/as migrantes rumanos/as son los hombres los que más acuden a terapia en el último año.

Al analizar la utilización de los servicios médicos, se observa un patrón diferencial en función del servicio utilizado (García Subirats, Vargas, y Vázquez, 2014). Por ejemplo, en el caso de la consulta al médico general, se observa una disminución en la población autóctona, pero no existen diferencias en la población migrante con respecto a la ENS 2006, aunque las mujeres de países de renta baja utilizan más veces

esta consulta que las mujeres autóctonas. No obstante, las visitas al médico especialista son más frecuentes en el caso de la población autóctona que en el caso de la población de países de renta baja, incluso cuando se trata de población con mala salud. Por último, en la utilización de los servicios de urgencias se produce un descenso tanto en hombres como en mujeres autóctonos/as y migrantes, aunque con un uso ligeramente superior en la población de países de renta baja.

4.3. Efectos de la crisis sobre la salud

El tema de los efectos de la crisis sobre la salud física es polémico ya que hay estudios que defienden que la crisis incide de forma positiva sobre la salud mientras que otros concluyen que los efectos son principalmente negativos. Por ejemplo, hay evidencias sobre los resultados dañinos que los sueldos bajos y el desempleo tienen sobre la salud (Catalano y Bellows, 2005; Clark y Oswald, 1994; Gallo, Bradley y Dublin, 2004; McKee-Ryan, Song y Wanberg, 2005; Murphy y Athanasou, 1999;). Sin embargo, existen investigadores/as que concluyen todo lo contrario: la recesión tiende a mejorar algunos indicadores de salud, por lo menos a corto plazo. Durante una situación de crisis económica, se ha observado que los accidentes de tráfico bajan; asimismo bajan las muertes causadas por el alcohol y el número de hospitalizaciones (Gerdtham y Ruhm, 2006; Ruhm, 2008; Tapia-Granados y Lonides, 2008). En la revisión que llevan a cabo Suhrcke y Stuckler (2012), separan los efectos de la recesión sobre la salud en función de si se trata de países ricos o pobres. Asimismo, sostienen que la salud de la población se ve afectada en tres situaciones: en primer lugar, si los cambios económicos son muy rápidos; en segundo lugar, si las políticas sociales son débiles y, por último, si el alcohol y las drogas son ampliamente disponibles.

En el caso de la salud mental, las controversias desaparecen puesto que los resultados son bastante claros, es decir, la precariedad económica afecta la salud mental (Catalano et al., 2011). En España, se diseñan dos estudios para comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria antes y después de la crisis: el estudio SCREEN (Roca et al., 2009) se lleva a cabo en 2006; participan 1.925 médicos y se recogen datos de 7940 pacientes; en 2010, en el estudio IMPACT (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012) participan 1.175 médicos y 5.876 pacientes. Los resultados demuestran un incremento de un 19% en los trastornos de ánimo, un 8% de los trastornos de ansiedad y un 5% de los trastornos por abuso de alcohol. También se

encuentra un aumento del consumo de fármacos antidepresivos, pero no así un incremento en el número de suicidios. Paralelamente se observan diferencias de sexo, con un aumento de los trastornos somatomorfos y dependencia del alcohol en las mujeres. Entre los factores de riesgo, se considera el desempleo y, por ejemplo, en el caso de la depresión mayor, las dificultades del pago de las hipotecas también está asociada a este trastorno (Gili, García-Campayo y Roca, 2014).

En España, en el contexto de la actual crisis económico-financiera, las políticas sociales están padeciendo numerosos recortes afectando al conjunto de la población (Colom, 2012). En estas condiciones, los empleos son precarios, los sueldos bajos y hay una tasa alta de desempleo. El gobierno adopta el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones que supone un punto de inflexión en la atención sanitaria de nuestro país. Si antes “Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 son titulares del SNS”, con este decreto “La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado”. Por lo tanto, la asistencia sanitaria ya no está ligada a la posesión de la ciudadanía española o del empadronamiento en España. Ahora el derecho está relacionado con la situación de estar asegurado/a o beneficiario/a de la Seguridad Social.

En primer lugar, los/as primeros/as afectados/as son los/as inmigrantes que se encuentran empadronados/as, pero no tienen permiso de residencia. Las personas inmigrantes pueden ser atendidas en el SNS sólo en caso de urgencias, atención al embarazo, parto y posparto. También quedan incluidos los niños/as hasta los 18 años de edad. También se ven afectados, los/as jóvenes mayores de 26 años que no hayan trabajado nunca y las mujeres que no trabajan fuera de casa. En este último caso, su asistencia se lleva a cabo al ser consideradas beneficiarias de sus parejas hombres, creando de esta forma una situación de dependencia. Asimismo, las personas que trabajan en la economía sumergida también se verán afectadas. No se tienen en cuenta los aspectos relacionados con el género ya que las mujeres por el papel de cuidadoras, se ven más afectadas. Además de esta situación, las personas que están excluidas de la atención sanitaria del SNS tienen que afrontar otras situaciones, como por ejemplo, la desinformación de los derechos y las distintas alternativas que las CCAA ponen en marcha para paliar la presente situación de desamparo; qué hacer en caso de denegación

de asistencia a menores y mujeres embarazadas y facturaciones de la asistencia sanitaria en urgencias aunque debe ser gratuita y universal (Médicos del Mundo, 2014).

No existen cifras fiables sobre el número de personas que se han quedado sin atención sanitaria. En un informe realizado por Médicos del Mundo (2014) citando al Presidente de Gobierno, Mariano Rajoy, habla de 873.000 tarjetas sanitarias dadas de baja de personas extranjeras “no residentes en España” desde el 1 de septiembre de 2012. Posteriormente, se ofrecen otras cifras, pero tal como advierte dicho informe, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no ofrece datos sobre la base de cálculo de estos datos

Aunque en España no se haya encontrado un aumento de la mortalidad desde el inicio de la crisis económica (Ruiz-Ramos, Córdoba-Doña, Bacigalupe, Juárez y Escolar-Pujolar, 2014) es posible que los resultados cambien durante los siguientes años y, por ejemplo, en el futuro haya un aumento de la patología infecciosa (Llácer, Fernández-Cuenca y Martínez-Navarro, 2014). A partir de los datos de Andalucía, se observa un aumento de las desigualdades sociales en mortalidad para los hombres según el nivel educativo, con un incremento desde el 2007. Por eso, tanto a nivel nacional como internacional, los/as autores/as teniendo en cuenta los resultados de sus propios estudios y los de las revisiones de la literatura científica, consideran que la austeridad en las políticas sociales profundizan las desigualdades sociales, perjudicando de este modo la salud, sobre todo de los grupos más vulnerables (Benach, Tarafa y Muntaner, 2012; Catalano et al., 2011; Ruiz-Ramos et al., 2014; Suhrcke y Stuckler, 2012).

4.4. Barreras en el acceso a los servicios de salud en la población migrante

En la situación de la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes existen una serie de dificultades durante todo el proceso de atención, es decir, desde la captación hasta el alta. A continuación se mencionan algunos de estos factores.

En primer lugar, la organización del sistema de atención conlleva que existan problemas de acceso inherentes al modelo y orientación de los dispositivos. Además, la insuficiente información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, los horarios restringidos de la atención primaria, los tiempos de espera excesivos y el desconocimiento de cómo funciona dicho sistema también dificultan el acceso de los/as migrantes (Burón, 2012; Calvo, 1997).

En su investigación, Burón (2012) encuentra que, una vez el/la migrante ha entrado al sistema, la comunicación inadecuada y actitud inadecuada por parte del/la profesional también pueden ser fuente de problemas. Las mujeres migrantes pueden presentar algunas barreras de acceso específicas vinculadas a su rol de género en la sociedad y dentro de la familia. En ocasiones, las mujeres migrantes tienen una menor autonomía y eso restringe el acceso a los servicios de salud, dependiendo del marido u otros miembros de la familia para acudir al centro sanitario. A esto se le añade el rol de cuidadora y responsable del bienestar familiar que la lleva a anteponer la salud de sus familiares (principalmente sus hijos/as) a la suya. Otra dificultad es la negativa a ser atendida por un profesional hombre, negativa debida a factores culturales y religiosos tanto propios como de sus maridos (Burón, 2012).

Las/os migrantes perciben que tienen que acudir a los servicios de salud cuando tienen un problema de salud grave o que interfiere con sus responsabilidades y actividades habituales, siendo la estrategia de búsqueda de atención la de las urgencias (Burón, 2012). Asimismo, perciben que se les discrimina por ejemplo a la hora de tramitar la tarjeta sanitaria. Asimismo, describen casos en los que se les niega la asistencia por impuntualidad en la cita y perciben que tienen que soportar esperas más prolongadas y un peor trato por parte del/la profesional motivado por el desconocimiento del idioma y su condición de migrante.

Otro tipo de barreras son las relacionadas con las dificultades pertenecientes al ámbito cultural y de actitudes, tanto de las personas inmigrantes como de los/las profesionales. La relación médico-paciente se ve afectada por los sentimientos de los/as personas migrantes hacia la medicina occidental. No es infrecuente la ambivalencia, oscilando entre una fe desmesurada en la medicina occidental y en las tecnologías asociadas a las pruebas complementarias y la aplicación de sus propios valores, lo que origina malentendidos y escaso cumplimiento (García-Campayo y Sanz, 2002). Apenas se valora el papel de las creencias sobre el origen de la enfermedad, habitualmente muy diferentes a las de la medicina occidental, y no siempre negativas para el tratamiento (Weiss et al., 1992). Es decir, cada paciente trae a la consulta médica su bagaje y una dimensión cultural y social que influye en sus conceptos de qué es la enfermedad y cómo se origina, qué significa el rol de paciente, cuál va a ser su relación con el médico, qué espera del tratamiento, etc. Asimismo, hay que contar con que la respuesta biológica a los fármacos puede ser diferente según el grupo étnico del paciente (Matamala y Crespo, 2004). Los factores culturales y socio-económicos influyen en los

niveles de salud de la población y para una adecuada asistencia debemos tenerlos en cuenta. Por lo tanto, el desconocimiento mutuo del sistema de valores dificulta la contextualización sociocultural de los problemas de salud, la búsqueda de soluciones y la aceptación de las mismas. Este desconocimiento podría generar actitudes de rechazo y prejuicios negativos en profesionales y en personas inmigrantes (Sayed-Ahmad, García y González, 2008).

Los factores relacionados con el ámbito sociolaboral también obstaculizan el acceso al sistema de salud y una mejor atención a la salud de las personas migrantes. El trabajo en el sector doméstico dificulta el acceso y la utilización de servicios por el miedo a pedir permiso durante la jornada laboral (Mazarrasa, 1999). Castillo y Mazarrasa (2001) encuentran que el estrés y el miedo por su situación sociolaboral y administrativa, las necesidades económicas apremiantes y de vivienda y una red de apoyo sociofamiliar deficitaria o inexistente son factores que se tienen que tener en cuenta a la hora de trabajar con personas migrantes. Estas autoras también advierten de las consecuencias que el desajuste con la especialización profesional pueden tener sobre la salud (baja autoestima y depresión). Asimismo, la monotonía y la rutina en el trabajo llevan a estrés e inestabilidad emocional. Por otro lado, la inestabilidad laboral se relaciona con la ansiedad mientras que la no cotización a la Seguridad Social implica una cierta invisibilidad, vulnerabilidad y miedo. Por último, el aislamiento y la ausencia de relaciones socioculturales guardan relación con la pérdida de autoestima.

Tanto el factor idiomático como el cultural invalidan, en la mayoría de los casos, las herramientas diagnósticas al uso, ya que las clasificaciones habituales son poco sensibles a los aspectos culturales (APA, 1995). Estas dos barreras también dificultan la buena relación terapéutica (Lavizzo-Mourey y Lumpkin, 2004). Por ejemplo, el lenguaje es uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural. El utilizado generalmente por los/as profesionales que trabajan en el sector de la salud dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con las personas inmigrantes que, por otra parte, suelen recibir escasa información sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, a pesar incluso del propio esfuerzo de los profesionales para que esto no ocurra. Los/as profesionales de la salud y las personas inmigrantes, en muchas ocasiones, hablan idiomas distintos, manejan visiones del mundo a menudo diferentes y se hace muy difícil encontrar puntos de contacto intercultural (Sayed-Ahmad, García y González, 2008). Los/as migrantes consideran que un profesional de su cultura les puede entender mejor ya que los/as profesionales de la salud no entienden sus creencias

y también no entienden las indicaciones médicas por dificultades del idioma (Bravo, 2003).

Estas barreras tienen diferentes consecuencias sobre el acceso a los servicios migrantes por parte de las/os migrantes que van desde la no utilización de los servicios de salud y la automedicación, hasta el retraso en la atención con el consecuente agravamiento de la enfermedad y/o los síntomas. Otras soluciones encontradas son el acudir a la farmacia o a centros de urgencias hospitalarias, asociaciones o centros privados. En ocasiones viajan al país de origen para recibir atención allí o utilizan la tarjeta sanitaria de otra persona (Burón, 2012).

RESUMEN DEL CAPÍTULO

El proceso migratorio tiene efectos sobre la salud de los/as migrantes. Si al llegar al país receptor, los datos indican que la salud de los/as migrantes es mejor que en el caso de los/as autóctonos/as, al cabo de 10 años de residencia, se produce un empeoramiento. Para analizar el efecto del inmigrante sano se han tenido en cuenta variables como la salud autopercebida, el consumo de tabaco, alcohol y fármacos, así como también la utilización de los servicios médicos y las enfermedades crónicas. Este efecto se ha encontrado en países como Australia, Canadá, EEUU y Gran Bretaña. De todas formas, cuando se desagregan los datos por sexos, se observa que la salud de las mujeres migrantes es peor que la salud de los hombres migrantes.

En nuestro país, los/as migrantes consumen menos tabaco y alcohol que la población autóctona. Asimismo, estos/as puntúan más alto en la salud autopercebida. En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, existen tanto estudios que señalan que las/os migrantes los utilizan en menor medida, pero también hay estudios que señalan todo lo contrario. Hay diferencias en cuanto a la probabilidad de acudir a un médico especialista, con una menor probabilidad en el caso de las personas migrantes. Pero al introducir nuevas variables en los estudios como por ejemplo el tiempo de residencia y dividir los datos según la renta del país de origen, se observa que las personas de países de renta baja tienen peor salud autopercebida que la población autóctona y esta empeora al aumentar el tiempo de residencia en España.

En cuanto a la salud mental, los datos no son concluyentes. Por el contrario, los datos parecen indicar que la salud mental de las personas migrantes empeora al llegar al país receptor. En general, la población migrante puntúa más alto en depresión que la población autóctona, aunque la principal causa de demanda asistencial son los trastornos de ansiedad, al igual que en el caso de la población autóctona. De la misma forma que en el caso de la salud física, las mujeres migrantes tienen más problemas de salud mental, aunque estos no se abordan desde una perspectiva de género.

A raíz de la crisis, las desigualdades sociales han ido aumentando y eso repercute sobre la salud. Si los datos sobre la salud física no son concluyentes, en el caso de la salud mental se da un empeoramiento. Pero uno de los problemas más importantes es la denegación del acceso al SNS a las personas que no son aseguradas, siendo el colectivo de migrantes el más afectado. A este problema se le añaden otras

barreras a la hora de acceder al SNS como por ejemplo la propia organización del SNS, el factor idiomático y cultural, las actitudes y prejuicios tanto por parte de los/as migrantes como también por parte de las/os profesionales sanitarios/as, etc.

5. GÉNERO

"La perspectiva de género implica a ambos géneros en el desarrollo, es un esfuerzo por lograr modificaciones en las respectivas especificidades, funciones, responsabilidades, expectativas y oportunidades de varones y mujeres" (Lagarde, 1996).

En este capítulo se introduce la perspectiva de género al analizar tanto las migraciones como la situación de las mujeres y hombres rumanas/os. En primer lugar, se repasa la evolución del concepto *género* y el empleo de la perspectiva de género en Psicología a través de diferentes instrumentos de medida de la feminidad y masculinidad. En segundo lugar, se considera la situación de las mujeres migrantes en España, sobre todo, de las mujeres migrantes rumanas. Por último, se estudian los posibles cambios en los roles de género en el caso de las/os migrantes.

5.1. El origen del concepto *género*

Según Cobo (2005), la historia del feminismo se encuentra en estrecha relación con el lento descubrimiento según el cual el género es una construcción cultural que revela la profunda desigualdad social entre hombres y mujeres. Simone de Beauvoir (1949) visibiliza que las condiciones socioculturales son más importantes que las características biológicas que tienen que ver con el sexo en el desarrollo de los individuos ya que “la mujer no nace, se hace”.

Money (1955) es el primero que utiliza la palabra “género” en sentido médico o psicológico. A la hora de trabajar con hermafroditas, propone la expresión “papel/identidad de género”. De esta forma, al utilizar el papel de género incorpora los factores sociales y por otro lado, con el término de identidad incluye también los componentes psicológicos derivados del morfismo sexual (Fernández, 2000; 2010).

A partir de sus trabajos con transexuales, Stoller (1968) propone emplear el término *género* para hablar de los componentes psicológicos y culturales que conforman lo que se entiende socialmente como mujer y hombre y el término “sexo”, para referirse a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas que existen entre hombres y mujeres.

A través del sistema “sexo/género”, la antropóloga feminista Gayle Rubin (1975) evidencia la relación entre el sexo como hecho anatómico y el género como

construcción-producto del sistema patriarcal que define las relaciones de poder y opresión, asignando roles de género asimétricos y desiguales, quedando las mujeres y todo lo considerado femenino en una posición inferior con respecto a los hombres y todo lo considerado masculino.

En psicología, durante la década de los 70, el estudio de *género* se concretiza en las escalas de feminidad y masculinidad. Si hasta ese momento, la masculinidad y la feminidad eran dos polos opuestos de una misma dimensión, Bem (1974) con la nueva escala de feminidad y masculinidad, el *Inventario de Roles Sexuales de Bem*, propone que la masculinidad no es lo contrario de feminidad, sino que son dos variables independientes.

En su libro *The lenses of gender* (1993), Bem analiza los estudios llevados a cabo en el pasado y el debate en torno al género. Mantiene que los investigadores reproducen las nociones hegemónicas de género, sexo y sexualidad. Bem (1993) establece que la institución del poder de los hombres depende para su supervivencia de la construcción de lo que significa ser hombre y mujer ya que las personalidades de éstos son un espejo de los roles diferentes y desiguales que se les asigna socialmente. Por lo tanto, ella es muy consciente de la repercusión de los factores socio-políticos en la psicología de género.

5.2. Instrumentos de medida de género

Los/as psicólogos/as empiezan a interesarse por la medición del género a través del estudio de la masculinidad y la feminidad a principios del siglo XX. Desde la psicología diferencial se intentan estudiar estos conceptos en los ámbitos de la inteligencia y, posteriormente, en el de las aptitudes y rasgos motivacionales (Barberá, 1998; Fernández, 2011).

En los primeros años, gran parte de las primeras investigaciones sobre género se centran en la patologización de la feminidad y la utilización de la inconformidad con los estereotipos de género patriarcales para identificar a "potenciales homosexuales " (Terman y Miles, 1936; Bem, 1993). Estos conceptos que miden rasgos de personalidad resultan ser unas evaluaciones inexactas de género. Por ejemplo, la escala Masculinidad-Feminidad (escala 5) del *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1940), que es desarrollada originalmente para evaluar la homosexualidad potencial, resulta ser una medida precisa de la

conformidad con los estereotipos de género que no correlaciona con la orientación sexual (Groth-Marnat, 2003).

Desde 1936, año en el que Terman y Miles publican el primer inventario sobre la masculinidad y la feminidad y durante 35 años (Smiller, 2004), estos conceptos son considerados opuestos y bipolares. En 1973 Constantinople escribe uno de los artículos más críticos, centrándose en las deficiencias teóricas y empíricas encontradas en todos esos instrumentos creados (Fernández, Quiroga, Del Olmo y Rodríguez, 2007). La aportación de esta autora radica en proponer que estos dos conceptos son dos medidas de dos variables diferentes.

Años después, partiendo de la teoría de Parsons y Bales (1955) sobre la instrumentalidad y expresividad, por ejemplo Bem (1974) y Spence, Helmreich y Stapp, (1974,1975) diseñan nuevas escalas de masculinidad y feminidad. A la hora de diseñar el *Bem Sex Role Inventory*, Bem (1974) parte de una consideración diferente sobre la feminidad y la masculinidad puesto que para ella no son conceptos opuestos ni biológicamente inherentes. Este instrumento está formado por 60 atributos de los cuales 20 adjetivos representan la dimensión de instrumentalidad o masculina, 20 la de la expresividad o feminidad y otros 20 actúan como distractores o filtros y miden la deseabilidad social. El formato de respuesta es una escala tipo *Likert* que va de 1 (*nunca o casi nunca*) a 7 (*siempre o casi siempre*) y se emplean aproximadamente 15 minutos para contestar.

En el caso del *Personal Attributes Questionnaire* (Spence, Helmreich y Stapp, 1974,1975), los conceptos de masculinidad y feminidad se consideran entidades diferentes, aprendidas a lo largo de la vida de las personas. De esta forma, se evidencia la influencia que lo sociocultural tiene sobre estos dos conceptos. También se rompe con la idea de que existe una única feminidad/masculinidad ya que las aportaciones desde los modelos de medición de la androginia proponen conceptos que ya no son opuestos, sino que son dos entidades diferentes y que cada individuo puede poseer en mayor o menor medida (Bem, 1974; Spence y Helmreich, 1978). Este instrumento está formado por 24 atributos que se consideran deseables para mujeres y hombres desde el punto de vista social, con el objetivo de definir la base psicológica de las personalidades femeninas y masculinas. Estas descripciones se presentan en una escala bipolar de cinco opciones y las personas tienen que indicar en qué punto se sitúan. Para categorizar a las personas, se utiliza la mediana de tal forma que las personas que puntúan por encima de la mediana en la escala *Feminidad* y por debajo en la escala *Masculinidad*, son

consideradas femeninas; si puntúan por encima de la mediana en la escala *Masculinidad* y por debajo de la mediana en *Feminidad*, son consideradas masculinas; las personas que puntúan por encima en ambas escalas, andróginas y por último, indiferenciadas, las personas que puntúan por debajo en las dos escalas. El tiempo calculado para responder al cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

Heilbrun (1976) desarrolla el *Adjective Check List* (ACL) que a través de una serie de adjetivos tanto positivos como negativos miden la masculinidad y feminidad de los/as participantes. Berzins, Welling y Wetter (1978) elaboran el cuestionario *Personality Research Form* (ANDRO). La escala Feminidad se mide a través de una serie de afirmaciones que describen aspectos relacionados con la emotividad, la subordinación y la crianza mientras que la escala Masculinidad incluye aspectos intelectuales y sociales, relacionados con la autonomía y la orientación al logro.

Las medidas de la masculinidad desarrolladas incluyen *The Macho Scale* (Villemez y Touhey, 1977), *Attitudes Towards the Male Role Scale* (Doyle y Moore, 1978), *Brannon Masculinity Scale* (Brannon y Juni, 1984), *Attitudes Towards Men Scale* (Iazzo, 1983), *Male Role Norms Scale* (Thompson y Pleck, 1986). Estas escalas miden las actitudes hacia los hombres y la incorporación de las normas masculinas.

Thompson, Pleck y Ferrera (1992) señalan que muchas de estas escalas diseñadas para medir masculinidad son limitadas en cuanto al tipo de masculinidad que miden. Los autores de las escalas tienden a utilizar un paradigma de masculinidad de hombres blancos de clase media, sin mencionar este dato. Como resultado, muchas de estas escalas de masculinidad suelen medir ideología masculina patriarcal y no el sentido interno de masculinidad de cada hombre.

Siguiendo con la crítica iniciada por Constantinople (1973) sobre la falta de validez de los instrumentos de medición de la masculinidad y feminidad, Fernández, Quiroga, del Olmo y Rodríguez (2007) consideran que una posible salida (si acaso cabe alguna) sería la construcción de instrumentos multidimensionales. Los instrumentos de Conformidad con las Normas de Género Masculino/Femenino (CMNI/CFNI) (Mahalik et al., 2003, 2005) son creados con el objetivo de superar las limitaciones de los instrumentos de los años 70. A continuación se describen ambos instrumentos.

5.3. El CFNI y CMNI

El género es un concepto social, sensible a las variaciones y cambios que pueden tener lugar en cada sociedad, es el resultado de un proceso de desarrollo en el que las expectativas y las normas sociales se interiorizan. Por lo tanto, también se refiere al sentido psicológico del individuo de ser hombre o mujer, incluyendo comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad considera masculinos o femeninos (Sánchez-López, 2009).

Los instrumentos diseñados por Mahalik et al. (2003, 2005) utilizan los términos “normas femeninas/masculinas” que, en palabras de Sánchez-López et al. (2009) son bastante adecuados, en la medida en que se refieren a un conjunto de pautas de conducta, actitudes y creencias de carácter prescriptivo, y que de ninguna manera es lo que refleja la derivación psicológica natural del dimorfismo sexual. Con respecto al concepto de conformidad (emocional, cognitivo y/o de comportamiento) con las normas de género masculino/femenino, Mahalik et al. (2003, 2005) lo definen como el grado de satisfacción de las expectativas sociales de lo que constituye la masculinidad/feminidad en la vida privada o pública.

Desde esta perspectiva, se entiende que, por ejemplo, en el caso de las mujeres, éstas reciben muchos mensajes sobre cómo tienen que pensar, sentir, ser etc. Estos mandatos socioculturales que definen tradicionalmente los roles femeninos (criar niños, ser físicamente atractivas, ser sumisas etc.) serán más o menos aceptados, dependiendo de cada mujer. Por eso, cualquier instrumento que pretende evaluar la feminidad también debe evaluar la relevancia de estas normas femeninas diferentes para cada mujer.

El instrumento de Conformidad con las Normas Masculinas de Género (CMNI) (Mahalik et al., 2003) mide en qué grado los hombres se adhieren a los roles socialmente prescritos para ellos en la sociedad occidental. Las normas de género incluidas en el CMNI son representativas de hombres blancos heterosexuales de clase media. Los/as autores/as pasan por varias etapas preliminares en la identificación de la ideología masculina dominante. En primer lugar, revisan toda la literatura pertinente y, además, preparan dos grupos de discusión formados por hombres y mujeres de diferentes características. Los grupos de discusión identifican las normas masculinas, distintas de las normas femeninas, para después discutir las con amigos y familia y así poder evaluar la aplicabilidad de estas normas a un grupo de referencia. Después de

identificar doce normas masculinas: Ganar, Control emocional, Conductas de riesgo, Violencia, Poder sobre las mujeres, Dominancia, Donjuanismo, Independencia, Primacía del trabajo, Desprecio hacia la homosexualidad, Búsqueda de posición social, Dureza Física, los/as autores/as llevan a cabo un análisis factorial exploratorio encuentran que los ítems de la escala Dureza Física no cumplen las características de un factor y, por lo tanto, la excluyen. Los análisis adicionales revelan diferencias entre hombres y mujeres en 9 de las 11 subescalas. Búsqueda de posición social y Primacía del trabajo no producen diferencias significativas entre hombres y mujeres participantes, muy probablemente debido a que los/as participantes realizan estudios universitarios y reciben mensajes similares en relación con el éxito y el estatus.

La Conformidad con las Normas Femeninas de Género (CFNI) (Mahalik et al., 2005) evalúa toda la gama de requerimientos socioculturales que les son transmitidos a las mujeres, es decir, cómo deben pensar, sentir y actuar las mujeres en la sociedad occidental. Los/as autores/as forman cuatro grupos de discusión formados por mujeres estudiantes de postgrado, miembros de la comunidad y estudiantes de grado que identifican 12 normas del rol de género femenino. Después, se constituyen dos grupos de discusión compuestos por estudiantes de postgrado de psicología clínica para generar elementos para las escalas propuestas. El CFNI fue aplicado a muestras grandes de mujeres, en su mayoría blancas y heterosexuales en edad universitaria. Tras el análisis de los factores, los/as autores/as identifican 8 factores con un total de 84 ítems. Los 8 factores encontrados son: Valorar agradablemente las relaciones, Cuidadora de niños/as, Delgadez, Fidelidad Sexual, Modestia, Romántica en las relaciones, Hogareña e Invertir en la imagen o apariencia.

Los dos instrumentos han sido adaptados al castellano por el Grupo de investigación EPSY dirigido por la Dra. María del Pilar Sánchez-López (Sánchez-López et al., 2009; Cuéllar y Sánchez-López, 2011). Dada la extensión de los instrumentos, se trabajan versiones abreviadas que, en principio, tienen buenos resultados sobre la validez y la fiabilidad. En su versión original, se ha encontrado que el CFNI-45 (Parent y Bonnie, 2010) tiene índices de fiabilidad buenos y hay correlaciones entre las escalas reducidas y las de la versión original.

5.4. La situación de las mujeres y los hombres en Rumania desde la perspectiva de género

Aunque Rumania es un país de la Europa del Este, los estereotipos de género son iguales que en los países de la Europa Occidental (Bartos, Phua y Avery, 2010). Asimismo, las diferencias entre hombres y mujeres se aceptan de forma natural, sin críticas. Por lo tanto, se espera que mujeres y hombres tengan roles diferentes y desarrollen actividades diferentes (Gallup Organization Romania, 2000). Por ejemplo, se considera que las tareas domésticas y el cuidado de los/as niños/as son tareas que tienen que ser llevadas a cabo por las mujeres. Los hombres se tienen que encargar de lavar el coche de la familia y arreglar los objetos estropeados (Gallup Organization Romania, 2000).

En el año 2013, se publica el Índice de Igualdad de Género de los países que componen la UE (Instituto Europeo de la Igualdad de Género, 2014). Este índice es una herramienta que mide la igualdad de género como un concepto multidimensional compuesto por seis ámbitos: trabajo remunerado, dinero, conocimiento, tiempo, poder-decisión política y salud. Este Índice de Igualdad de Género muestra las diferencias en las situaciones de mujeres y hombres en los países miembros de la UE-27. El resultado obtenido-una puntuación media de 54- demuestra que la UE se sitúa a medio camino de la igualdad de género (donde 1 significa total desigualdad y 100 plena igualdad de género). Rumania tiene una puntuación de 35.3 y tal como se puede observar en la tabla 5.1, los resultados obtenidos en todos los seis ámbitos evaluados están por debajo de la puntuación obtenida por UE-27.

Tabla 5.1. Las puntuaciones obtenidas en los seis ámbitos del Índice de Igualdad de Género por Rumania, España y la media de los 27 países de la UE en el 2010

Ámbitos	Rumania	España	UE-27
Trabajo remunerado	60.4	61.3	69
Dinero	39	60.7	68.9
Conocimiento	28.8	53.5	48.9
Tiempo	17.8	33.8	38.8
Poder-decisión política	24.9	47.2	38
Salud	84	90.7	90

Fuente: Instituto Europeo de la Igualdad de Género (2014). Elaboración propia.

Estas desigualdades de género han sido reforzadas durante el patriarcado comunista, pero también en el patriarcado de la transición. Paralelamente al proceso de adaptación que tiene lugar durante la transición, ocurre también una crisis de identidad

de género (Miroiu, 2004) y tanto los hombres como también las mujeres renegocian sus identidades masculinas/femeninas. Se trata de una redefinición en un contexto post-comunista, de “ruralización” (Cîrstocea, 2003) en el que no existe un movimiento feminista local sino un movimiento feminista “room service” (Miroiu, 2004), es decir, una legislación sensible al género impuesta por la UE, el FMI, Banco Mundial o NATO como parte del proceso de adhesión de Rumania al Espacio Europeo. Como resultado, la legislación rumana apoya la igualdad entre mujeres y hombres en Rumania. Asimismo, se crean agencias para la incorporación de la perspectiva de género en los programas políticos rumanos, pero eso no lleva automáticamente a una autonomía de las mujeres, que es el objetivo del feminismo, sino lleva a una mejoría de las condiciones de vida de las mujeres. Además, de esta forma estas políticas se ven como europeas y no como feministas, sin propiciar un debate en torno a la necesidad de un feminismo rumano (Miroiu, 2004).

Durante el régimen comunista, los controles son una constante en la vida de las mujeres y los hombres, dejando poco espacio para la privacidad. La corriente comunista impone lo que las personas tienen que pensar, comer, dónde trabajar, cuánto tienen que comer, cuántos niños tienen que tener etc., infantilizando a las personas (Miroiu, 2007a). Ideológicamente, se intentan anular tanto las diferencias entre hombres y mujeres, como también las de clase y de etnia, creando personas atomizadas dependientes de un estado paternalista. Por otro lado, las mujeres son consideradas, en ocasiones, categorías aparte para las que el estado tiene que construir políticas especiales, como es el caso de las políticas pro-natalistas (Gal y Kligman, 2000). A nivel social, la sociedad patriarcal promueve normas de género femeninas relacionadas con las tareas domésticas, el cuidado de las personas mayores y niñas/os, lo que lleva a una sobrecarga de las mujeres (Pasti, 2001).

Mientras que los regímenes totalitarios de derecha empujan a las mujeres hacia el ámbito doméstico y acentúan estos roles domésticos, en el caso de los regímenes de izquierda, el género impregna tanto la esfera pública como la doméstica ya que se preocupan de tratar la vida reproductiva, pero también la vida productiva (Cîrstocea, 2003). A la luz de los datos recogidos por los estudios llevados a cabo sobre el comunismo y la situación de los hombres y las mujeres en Rumania, a pesar de que la ideología promovía la igualdad entre hombres y mujeres, el estado comunista es patriarcal, no feminista (Miroiu, 2007b), un paraíso en cuanto a la emancipación de las mujeres de los hombres, pero no así de los roles tradicionales familiares y del estado

patriarcal. La existencia de cuotas para las mujeres durante el comunismo puede llevar a la conclusión errónea de que éstas tenían ciertos privilegios, pero la igualdad de género en un régimen donde las personas carecían de poder y control, no podía producirse (Miroiu, 2003). Las ganancias (en términos de puestos de trabajo, estatus social, independencia económica, ayuda social para el cuidado de los/as niños/as, promoción en puestos de dirección, acceso a la educación etc.) de las mujeres durante el comunismo quedan ensombrecidas por la falta de autonomía de toda la sociedad (Miroiu, 2001).

Debido a las características del comunismo sobre la igualdad de género descritas anteriormente, después de la caída de éste, existe un rechazo hacia las políticas de igualdad (Miroiu, 2001). Durante la transición las mujeres se vuelven dependientes de los hombres ya que como demuestran los datos estadísticos, a pesar de que las mujeres en Rumania tienen tasas de paro más bajas, eso no significa que su situación económica sea mejor puesto que al trabajar en sectores feminizados como la educación o la salud, cobran menos. Además, otro tipo de industrias más feminizadas son casi totalmente privatizadas y los sindicatos han desaparecido de estos sectores por lo tanto, es más difícil reivindicar sus derechos (además de no hacerlo como los hombres, utilizando la violencia) (Miroiu, 2003).

El patriarcado rumano promueve ideas de superioridad de los hombres con respecto a las mujeres, pero paradójicamente, no existe una preocupación por el estudio de las masculinidades de los hombres en la sociedad rumana (Pasti, 2001). Los modelos masculinos al igual que en otras sociedades tienen que ver con mensajes como los siguientes: los hombres son duros; los hombres no muestran sus vulnerabilidades y por lo tanto esconden sus emociones (desde pequeños a los niños se les inculca la idea según la cual los hombres no lloran); la responsabilidad económica de sus familias depende de ellos; la capacidad de protegerlos también es un territorio masculino, utilizando la fuerza física y la violencia, si es necesario (Pasti, 2001). En el terreno de la sexualidad, las experiencias sexuales se convierten en sinónimo de rendimiento, siendo un elemento importante de la identidad masculina. La promiscuidad sexual también es una norma según la cual los hombres se definen (Baban, 2003). Al mismo tiempo, el ideal femenino consiste en la imagen de la mujer subordinada y sumisa, sin preocupaciones personales, que demuestra mucha devoción y afección hacia su marido y familia (Kligman, 1991).

La discriminación entre hombres y mujeres es un tema reconocido por la sociedad pero varía en función del ámbito por el que se consulta. Por ejemplo, al preguntar a jóvenes estudiantes por la discriminación existente entre hombres y mujeres, el 56% de los hombres y el 85% de las mujeres reconocen que en Rumania existe discriminación de género (Andrei, Tusa y Herteliu, 2006). En el mismo estudio, cuando se les pregunta por la causa de dicha discriminación, el 7% de las mujeres y el 12% de los hombres contestan que por su naturaleza las mujeres no pueden ser iguales que los hombres, dejando de lado la construcción sociocultural sobre el hecho de ser hombre o mujer. De esta forma, la construcción sociocultural del hecho de ser mujer u hombre, es decir el género, se convierte en invisible.

5.5. La perspectiva de género en el estudio de las migraciones y la feminización de las migraciones

Abordar las migraciones desde una perspectiva de género contribuye a que se tenga una visión de la realidad más acertada ya que el género recorre estructuralmente las decisiones, trayectorias y consecuencias de la migración (por ejemplo, a la hora de decidir destino de migración) a pesar de que las políticas de migración la ignoren. La publicación del artículo *Birds of Passage are also Women...* (Morokvasic, 1984) constituye un punto de inflexión en el estudio de las migraciones desde la perspectiva de género puesto que a partir de este momento se empieza a hablar sistemáticamente de las mujeres en las investigaciones sobre los fenómenos migratorios. Si en los primeros estudios, el interés se centra en las consecuencias de la migración masculina sobre las mujeres que quedan detrás (Meillasoux, 1975), a partir de ahora se empieza a ir incorporando la imagen de las mujeres como migrantes autónomas.

A pesar de la labor de las investigadoras feministas por reconocer la presencia de las mujeres migrantes como autónomas, sin ligarlas a la figura de los hombres, el tema no cala en todos los ámbitos y no se tiene en cuenta en todas las investigaciones. Después de quince años de la publicación del artículo *Birds of Passage are also Women...*, Kofman (1999) publica *Female 'Birds of Passage' a Decade Later: Gender and Immigration in the European Union*, poniendo de manifiesto que las mujeres migrantes siguen siendo consideradas como dependientes de los hombres y, en ocasiones, los/as investigadores/as tratan temas como los roles que cumplen en el ámbito privado y sus ganas de adoptar las costumbres “modernas” de los países

receptores. Esta autora aporta datos sobre la falta de interés o ignorancia de la perspectiva de género en el estudio de las migraciones. Aunque los datos con respecto a las mujeres y los hombres migrantes están desagregados por sexos, hay autores/as que los obvian.

Las palabras movilidad y migración tienen un significado especial para las mujeres ya que a éstas se les suele asociar con la inmovilidad y la pasividad (Morokvasic, 2007). A pesar de que la literatura no recoge las experiencias de las mujeres como migrantes económicas hasta los años 80, sino como seres dependientes de sus padres o maridos (Lutz, 2010; Mahler y Pessar, 2006), Juliano (2006) describe tres tipos de desplazamientos específicos para las mujeres. En primer lugar, existen los desplazamientos producidos por la patrilocalidad, una norma según la cual, las mujeres al casarse establecen su residencia en el sitio de origen del marido. Por otro lado, las normas de género favorecen a los hombres a quedarse en las zonas rurales ya que son los hombres los que reciben las herencias dentro de las familias y, por lo tanto, se encargan de gestionarlas. En esta situación, las mujeres, al carecer de recursos económicos, se ven obligadas a iniciar un proceso migratorio. En España, las amas de cría y las criadas son un ejemplo de esta situación. En tercer lugar, las mujeres con estatus desvalorizado o con aspiraciones incompatibles con las normas tradicionales como por ejemplo, las mujeres que quieren escapar de matrimonios forzados, mujeres repudiadas, mujeres que son madres solteras, etc. se ven obligadas a desplazarse.

Durante los últimos años, la incorporación de la perspectiva de género y la visibilización de las mujeres migrantes en los fenómenos migratorios, ha llevado a que se hable de la feminización de las migraciones, concepto relacionado con un aumento en el número de las mujeres migrantes (INSTRAW, 2005). Tal como se describe en el Capítulo 2, el número de las mujeres es bastante similar al de los hombres. Si se toma como referencia el año 1960, las mujeres representan el 46.6% del total de los migrantes (Zlotnik, 2003) mientras que en 2013 este porcentaje asciende a 48.1% (Naciones Unidas, ver Capítulo 2. Migración rumana, págs. 14-48). Teniendo en cuenta tanto el análisis del sexo como también del género en el estudio de las migraciones, Oso y Catarino (2013) consideran que, desde el punto de vista numérico, es un proceso de baja intensidad. Catarino y Morokvasic (2005) consideran este concepto un producto de la legitimización de los estudios llevados a cabo con mujeres migrantes que subraya la asimetría de género entre mujeres y hombres ya que cuando los hombres son el objeto de estudio no es necesaria una justificación.

Con respecto a los aspectos laborales, a partir de la Encuesta Nacional de Inmigrantes-ENI 2007 (INE, 2009) se puede observar que existen dos mercados laborales diferentes: uno para las mujeres (en el servicio doméstico y el sector servicios, en general) y otro para los hombres (en construcciones y agricultura) (Bradatan y Sandu, 2012; INE, 2009; Sandu, 2006). En la misma línea, Kofman (2013) analiza la intersección entre conocimiento y género y escoge las tecnologías de la información y la comunicación y el servicio doméstico, dos ámbitos que en un principio se pueden considerar neutros al poder ser realizados tanto por mujeres como por hombres. Sin embargo, estos dos ámbitos están contruidos según lo que la sociedad considera masculino/femenino: mientras el sector de las tecnologías de la información y la comunicación está relacionado con el conocimiento y tiene un estatus privilegiado en la economía de cualquier país, el segundo, a pesar de su valor indispensable para el bienestar y la reproducción social de la sociedad, se relaciona con los cuidados (ámbito considerado principalmente femenino) y, por lo tanto con unas habilidades centradas en lo corporal, para las que no se requiere cualificación específica. Las políticas migratorias favorecen a los trabajadores de los sectores científicos y de tecnologías de la información y la comunicación y no tiene en cuenta a las trabajadoras del servicio doméstico. Sin embargo, si no se aplica una perspectiva de género al estudio de las migraciones, todos estos aspectos quedan invisibles y no se pueden proponer políticas migratorias sin sesgos de género.

Consecuentemente, aplicar la perspectiva de género en el estudio de las migraciones no significa añadir mujeres donde falten (Erel, Morokvasic y Shinozaki, 2003). La perspectiva de género aborda la influencia de los papeles de género diferentes para hombres y mujeres y analiza cómo las prescripciones normativas dan lugar a una organización socio-cultural caracterizada por la jerarquía y asimetría con proyecciones tanto a nivel personal, pero también a nivel local e internacional.

5.6. La situación de las mujeres migrantes en España

Según las Estadísticas del Padrón continuo (INE, 2015), en España el 51% de los/as migrantes son hombres y el 49% son mujeres. Si se analizan los datos por países, se puede observar que hay más mujeres que hombres que vienen de países como Alemania, Hungría, Letonia, Lituania, El Salvador, Perú, Colombia, Brasil, Paraguay, etc. Durante los últimos años se ha experimentado un crecimiento en el número de las

mujeres migrantes en España (Oso y Catarino, 2013). Las razones por las que existe un aumento en el número de mujeres migrantes en España son múltiples. A continuación se describen algunas de estas razones.

Las mujeres españolas se han ido incorporando al mercado laboral y como consecuencia de esta incorporación, las mujeres inmigrantes han asumido las tareas del hogar, en su gran mayoría (Catarino y Oso, 2000). Esta incorporación de las mujeres españolas al mercado laboral no ha sido acompañada por una mayor participación de los hombres en las tareas del hogar. Las mujeres prefieren acudir a sus madres cuando se trata de repartir el trabajo relacionado con las tareas del hogar (Tobío, 2002). Según la Encuesta de Empleo del Tiempo, las mujeres dedican al hogar y a la familia de media 4 horas y 7 minutos mientras que los hombres dedican 1 hora y 50 minutos (INE, 2010). Además, algunas modalidades del servicio doméstico, por ejemplo, el interno, por sus características es más difícil de cubrirlo con mano de obra autóctona.

En estas condiciones en las que las tareas del hogar son consideradas tareas propias de las mujeres, las españolas “encuentran” la solución en la mercantilización de estas tareas ya que no existen políticas familiares que les faciliten el cuidado de los hogares. De esta forma, las familias españolas empiezan a contratar a mujeres migrantes para las tareas del hogar (Oso, 1998).

Los cuidados son un ámbito particular en el caso de las mujeres migrantes. La mercantilización del trabajo reproductivo afecta también a los cuidados de personas mayores. Los cambios demográficos producidos en España-si en las franjas de edad que van de 25 a 64 años, el porcentaje de hombres que vive solo es mayor que el de mujeres, a partir de los 65 años, son las mujeres las que viven solas más que los hombres (INE, 2014-Encuesta Continua de Hogares. Año 2013). En España hay 8.442.427 personas mayores de 65 (INE, 2014). De estas personas, aproximadamente el 57% son mujeres. Los octogenarios suponen más del 5% de la población y sus necesidades no están cubiertas adecuadamente por parte del Estado, sobre todo, en la situación de crisis actual.

Las mujeres migrantes son las que menos cobran según los datos de la Encuesta Anual de Estructura Salarial del año 2012 (INE, 2014). Los únicos que tienen un salario superior a la media son los trabajadores españoles (la ganancia media anual por trabajador asciende a 22.726,44 euros) (ver tabla 5.2). En el caso de los trabajadores de la Unión Europea, el salario es inferior en un 23.2% al de la media y, en el caso de las otras nacionalidades el salario puede llegar a representar un 36% menos que la media.

Las mujeres cobran un 76.1% de lo que cobran los hombres y esta diferencia se aumenta en el caso de las mujeres de otras nacionalidades.

Tabla 5.2. Salario medio por sexos y nacionalidades (2012)

Países	♀	♂	Total
España	19.948,76	26.298,33	23.232,42
UE sin España (27)	14.585,44	20.103,66	17.442,86
Resto de Europa	12.525,75	17.122,95	14.482,50
América Latina	12.704,15	15.915,84	14.280,32
Resto del Mundo	11.988,01	15.462,55	14.396,72
Salario medio	19.537,33	25.682,05	22.726,44

Fuente: Encuesta Anual de Estructura Salarial del año 2012 (INE, 2014). Elaboración propia

La necesidad de aumentar el número de trabajadores/as en ámbitos como la agricultura, el servicio doméstico y las construcciones implica un aumento en el número de migración rumana en España (Davidovic, 2009). Al igual que las mujeres migrantes de otras nacionalidades y de situaciones similares en otros países (Kofman, 1999), las mujeres rumanas se van incorporando al mercado de trabajo a través del servicio doméstico (Marcu, 2009). Según esta investigadora, las mujeres rumanas, con diferentes perfiles educativos y diferente experiencia profesional antes de llegar a España, y, a pesar de tener poca tradición en el servicio doméstico madrileño, van haciéndose hueco, sobre todo, después del año 2002. Las mujeres rumanas encuentran trabajo a través de las redes migratorias y, muchas veces encuentran un puesto de trabajo gracias a que una amiga o familiar lo haya dejado anteriormente.

En el trabajo realizado por Marcu (2009), las entrevistadas no tienen formación específica pero esto no parece afectar a sus empleadores/as a la hora de contratarlas. Después de un tiempo que oscila entre 3 meses y 2 años las mujeres rumanas “ascienden” y, algunas, empiezan a considerar la posibilidad de trabajar de externas. Ésta es una nueva etapa que incluye ventajas, como por ejemplo disponer de más tiempo libre para su vida personal al no tener que vivir con sus empleadoras/es, pero también conlleva varias desventajas, como por ejemplo la falta de tiempo o el cansancio ya que, cuando no consiguen un empleo de jornada completa, tienen que buscar pluriempleos, asumiendo varios pequeños empleos (a veces, estos empleos duran sólo media hora).

El Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, regula la relación laboral de carácter especial del servicio de hogar familiar hasta el año 2012 cuando entre en vigor la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social (Integración del Régimen Especial de Empleados de Hogar en el

Régimen General). Si antes de esta nueva ley el contrato entre la empleada y el/la empleador/a era verbal, en este momento, el contrato tiene que ser por escrito. Se garantiza el pago en metálico de, al menos, el salario mínimo interprofesional. La remuneración en especie no podrá superar el 30% de las percepciones salariales (anteriormente, el 45%). Asimismo, se amplía la duración del descanso a 12 horas, desde las 10, en el pasado, y de 10 horas (previamente 8), cuando la actividad al servicio del hogar se realice en régimen de pernocta. Se mantiene como causa de extinción del contrato el desistimiento del empleador, pero será imprescindible la comunicación expresa, y se amplía, de siete a doce días de salario por año de servicio, la indemnización de despido por esta causa. Otra novedad la constituye la contribución a la Seguridad Social en función de las horas efectivamente trabajadas. Se excluye la contingencia por desempleo, aunque por primera vez se apunta la posibilidad de que en el futuro tengan acceso a ella. También se incluyen dos pagas extraordinarias al año, cuya cuantía no será inferior al salario mínimo interprofesional mensual (anteriormente, 15 días de salario).

5.7. Variaciones de los roles de género en las mujeres tras la migración

A la hora de hablar de transformación de los roles de las mujeres migrantes, los resultados no son fáciles de interpretar debido a la complejidad del tema. Las variables de las que dependen dichas transformaciones a nivel económico, de mercados laborales, de redes de apoyo dependen del tipo de migración, el país de origen, el país receptor, etc. Según Morokvasic (2007), la interacción entre el sistema sexo/género y los movimientos migratorios tiene dos posibles resultados: por un lado, la posibilidad de emancipación y cambio en las mujeres y una transformación hacia roles más equitativos y, por otro lado, un reforzamiento del sistema de dominación masculino y el mantenimiento de posiciones desiguales entre hombres y mujeres.

La investigación llevada a cabo por Morokvasic (2007) permite llegar a la conclusión de que los fenómenos migratorios sin más no pueden cambiar la configuración social de género. Según esta misma autora, el género tiene un peso tan importante que será aprovechado por las/os migrantes para sus propios fines en contextos sociales, políticos y económicos que no tienen interés en promover la igualdad de género entre los/as migrantes. Por eso, en el caso de las mujeres, el género, parece que a veces juega a su favor. En el mercado laboral y, a la hora de contratar

mujeres migrantes, las/os empleadoras/es las prefieren por ser más dóciles, no protestar y trabajar más horas de las estipuladas (cuando hay un contrato por escrito) (Davidovic, 2009). El ser consideradas más sumisas y dulces también lleva a que los/as empleadores/as prefieran mujeres, a veces de una cierta nacionalidad, en el ámbito del servicio doméstico (Izquierdo, 2003).

La migración de las mujeres más que la de los hombres se considera un problema y, en las familias transnacionales en las que la mujer es la que ha migrado, hay más divorcios (Foamte-Ducu, 2011). Por ejemplo, en Rumania, tras una serie de publicaciones en los periódicos de Rumania sobre los suicidios de menores dejados con abuelos/as u otros familiares, la sociedad rumana culpa a las madres rumanas de estas situaciones. Esto sucede también en el caso de las mujeres moldavas que migran a Turquía. Mientras que la sociedad les culpa por haber abandonado a sus hijos/as, ellas se apoyan en la idea de una maternidad sacrificada, por lo tanto relacionan su migración con el rol de género, considerándose mejores madres por haberse ido (Keough, 2006).

La idea sobre las consecuencias de la ausencia de las madres en una familia ha sido puesta a prueba en un estudio sobre los efectos psicoeducativos de la migración femenina dominicana en los/as hijos/as que quedan en los países de origen de las madres (de Uriarte, 2013). Los resultados de este trabajo demuestran que no se puede concluir que la ausencia de la madre suponga una desintegración familiar con consecuencias inevitables y sentimientos negativos, ni que su presencia sea una garantía de desarrollo óptimo para el/la hijo/a. Además, se subrayan las potenciales consecuencias que tienen para las madres el culpabilizarlas por su decisión de dejar a sus hijos/as al cuidado de otras personas, siendo una dificultad añadida para ellas.

El servicio doméstico es un tipo de trabajo en el que se da por hecho que cualquier mujer puede llevarlo a cabo, sólo por serlo, siendo cualificada para el mismo (Casal y Mestre, 2002). La incorporación de las mujeres migrantes al servicio doméstico lleva implícito una transformación en la forma de relacionarse madre-hijo/a. Díaz (2011) estudia los cambios producidos en la maternidad de las mujeres migrantes y de sus empleadoras. Tanto en el caso de las mujeres migrantes como también en el caso de las mujeres empleadas, los resultados señalan que se cambia la idea romántica de la maternidad según la cual la madre tiene que permanecer siempre con su hija/o. Por otro lado, en el caso de las mujeres empleadoras, éstas pueden invertir tiempo de calidad con sus hijas/os y también pueden decidir qué tipo de actividades delegan a las mujeres empleadas.

El mercado matrimonial opera de forma diferencial en función del sexo/género de las partes contrayentes. Hay más matrimonios mixtos entre mujeres migrantes y hombres españoles que entre hombres migrantes y mujeres españolas (ENI, 2007). Este aspecto se relaciona con la construcción social diferencial del hecho de ser mujer u hombre. Las mujeres migrantes suelen provenir de sociedades con marcados valores patriarcales (Sánchez, 2011) en los que la masculinidad se encuentra altamente desprestigiada, estando asociada a fenómenos como el alcoholismo, la infidelidad y la violencia de género (Roca, 2009). De ahí su preferencia por los hombres españoles que, a pesar de ser machistas en mayor o menor medida, lo son menos si se les compara con los hombres de los países de origen de las mujeres migrantes (Sánchez, 2011). En el caso de los hombres españoles, estos valoran la priorización de la familia y el hecho de ser cariñosas y dóciles de sus esposas, pero también la belleza y sensualidad de ellas (Roca, 2009). En el caso de los hombres migrantes, aquellos con un mayor capital humano tienen mayor propensión de casarse con una mujer española (Sánchez, 2011).

Vlase (2012) analiza los discursos de las mujeres rumanas que viven en Italia. En primer lugar, encuentra que las mujeres rumanas adquieren capital social a través del contacto con las familias empleadoras y esto les permite cruzar las fronteras de su propia clase social, moldeando nuevas identidades y nuevas ideas. Las mujeres rumanas que viven en Italia valoran estos conocimientos y, a veces, ponen en práctica estas ideas. Por ejemplo, en Italia, las tareas del hogar se dividen entre los dos miembros de la pareja, pero al llegar a Rumania, dicha división deja de aplicarse porque las mujeres no quieren poner en peligro el orgullo de los hombres, sacrificando el suyo y sacrificándose por el bien de la familia, como una de las principales características de la identidad de las mujeres rumanas (Chytkova, 2011). En el caso de las remesas sucede algo similar ya que mientras los hombres consiguen ahorrar dinero para enviarlo o utilizarlo en Rumania, el dinero de las mujeres se emplea a diario, por eso, al volver a Rumania éstas no van a tener ahorros.

Las nuevas habilidades y la independencia económica adquiridas por las mujeres en los países receptores contribuyen a que las mujeres cambien sus percepciones sobre ellas mismas a nivel personal. Su nueva situación les ofrece la posibilidad de reinterpretar los roles de género y negociarlos en sus propias familias. Sin embargo, las propias ideas acerca de los roles de género y, por lo tanto, el no querer socavar la autoridad de los hombres o de su papel como sostén de la familia (Vlase, 2012) y la presión ejercida desde fuera, tienen un papel importante para que el orden de género y la

asimetría de poder se mantengan inalterados. No obstante, las mujeres incluso cuando no tienen éxito en el mercado laboral, consiguen acceder a recursos que no están a su disposición en los países de origen, siendo los beneficios de las mujeres relacionados con el género (Morokvasic, 2007).

Siguiendo con los cambios que se dan a nivel individual, el contacto con una nueva cultura y, por lo tanto, unos diferentes roles de género puede dar lugar a tres resultados diferentes: en primer lugar, hay mujeres que siguen manteniendo sus roles de género; en segundo lugar, algunas mujeres ponen en crisis el modelo tradicional de sus países e inician un proceso de cambio, donde mantienen sus antiguos roles de género, pero también introducen nuevos cambios y, por último, mujeres que cambian sus roles de género incorporando los nuevos y renunciando a los antiguos (Alcalde, García, Moreno y Ramírez, 2002). En un estudio realizado en España con mujeres de diferentes nacionalidades (Aparicio, Santamarina, Herranz y Tornos, 2012), los resultados demuestran que durante el proceso migratorio, se da un empoderamiento social en las mujeres, pero a nivel afectivo siguen siendo tradicionalistas. Asimismo, las mujeres migrantes construyen su identidad en oposición al sexo masculino. Ven el feminismo como una ideología que reduce la fuerza y la potencia identitaria de los hombres y, por lo tanto, hasta cierto punto, reduce el potencial identitario de la propia mujer como tal.

Preguntadas por los cambios en su indumentaria desde que viven en España, las mujeres rumanas advierten de que estos se han producido, informando que ahora tienen un estilo más abierto, vistiendo con más libertad y desencorsetamiento de los prejuicios, evaluación o censura del grupo social (Iliescu, 2012). Desde que viven en España las mujeres rumanas llevan colores más alegres, escotes más atrevidos, cortos más pronunciados. Pero también hay mujeres que consideran que no pueden mostrar su feminidad en España tanto como en Rumania debido a que las españolas tienen un estilo más práctico, más deportivo. Pero no siempre las mujeres eligen estos cambios en su estilo, sino que a veces estos son impuestos desde fuera, como el ejemplo de una de las participantes que al trabajar en una academia, su jefe le indica la conveniencia de lucir un estilo escotado y ajustado, como parte de su puesto de trabajo. Las mujeres rumanas empleadas en hogares españoles no quieren destacar, ni llamar la atención, y, por eso, se visten modestamente, a diferencia de como visten en su vida privada. En cuanto a las normas de belleza que incluyen el cuidado corporal, las mujeres rumanas, incluso a la hora de vestir destacan su preocupación por esconder sus defectos corporales, como por ejemplo “estar un poco rechoncha” o tener los pechos grandes. También se preocupan

por hacer gimnasia y estar a dieta. A pesar de que en su país de origen recurrían a los servicios de corte, peinado, permanente, teñido, mechas, y otros tratamientos, ahora ya no lo hacen debido a los precios más elevados en España.

5.8. Variaciones de los roles de género en los hombres tras la migración

Las investigaciones han demostrado que los hombres construyen hegemoníicamente su propia masculinidad. Sin embargo, dichas construcciones dependen de una serie de variables, como por ejemplo la raza, la clase social, la religión, el contexto geográfico y la orientación sexual modificando el sentido de masculinidad y el valor a lo largo de los diferentes contextos sociales, culturales e históricos (Connell y Messerschmidt, 2005). Todas estas variables influyen de tal forma que en un determinado momento histórico coexisten diferentes masculinidades y feminidades (Connell, 1996). Aunque el ideal perseguido es la masculinidad hegemónica para el desarrollo de la identidad, en el caso de los hombres, ésta no es puesta en práctica como tal por todos ellos (Connell, 1996). Cuando se reflexiona acerca de la conformidad con los roles de género, aquellos hombres que son capaces de darse cuenta de los estereotipos de género, también son los que menos probabilidad tienen de estar de acuerdo con las descripciones hegemónicas sobre la masculinidad (Wang, 2002).

Las masculinidades hegemónicas se asocian a una serie de características como por ejemplo: asumir riesgos, dureza física y desarrollo muscular, agresión, violencia, el control emocional y heterosexualidad (Hinojosa, 2002). Connell (2005) define otras masculinidades aparte de las hegemónicas: las subordinadas, marginadas y, por último, las cómplices. Según esta autora, las masculinidades subordinadas son aquellas que están sometidas a las formas dominantes (por ejemplo, las masculinidades de los homosexuales o las masculinidades de los inmigrantes). Como tal, estas masculinidades están excluidas del poder económico, social e ideológico de la sociedad. En el caso de las masculinidades marginadas, éstas se caracterizan por tener unas características hipermasculinas. Por ejemplo, en el caso de los americanos de origen africano, estos, debido a la presión existente por parte de la sociedad y la interacción con el racismo, construyen sus roles masculinos, exagerándolos, llegando a hipermasculinizar características como la dureza física, ser atlético, potencia sexual, violencia, agresión, riqueza (Roberts-Douglass y Curtis-Boles, 2013; Reich, 2010). Las masculinidades cómplices son aquellas masculinidades que no se construyen sobre la dominación, pero

aún así, los hombres reciben algún beneficio social y privilegios por el simple hecho de ser hombres (Connell, 1987).

La socialización de los hombres y las mujeres en otra sociedad y, por lo tanto, en contacto con otras normas de género que las de los países de origen pueden conducir a ciertos cambios. Algunos/as autores/as consideran que la migración es una oportunidad para renegociar las identidades de género (Benmayor y Skotnes, 2005; Kofman, Phizaklea, Raghuram y Sales, 2001). Ubicados en una nueva sociedad con nuevos modelos socioculturales, los hombres migrantes pueden elegir entre una masculinidad más o menos conocida en el nuevo país (Lomsky-Feder y Rapoport, 2003). Por ejemplo, Lomsky-Feder y Rapoport (2003) estudian los intentos de los migrantes rusos que viven en Israel en cuanto a la negociación de sus masculinidades. Estos tratan de afirmar su carácter distintivo y recibir legitimación social sin tratar de alterar las relaciones de poder de género como tal.

Los estudios realizados con migrantes demuestran que existe una jerarquía en las masculinidades. A los hombres migrantes se les observa en contraposición con los hombres autóctonos. Por ejemplo, en el caso de los asiáticos, tanto en Canadá como en EEUU, la masculinidad asiática es despreciada, feminizada y patologizada (Pon, 1996). Estas diferencias se mantienen también en el caso de los hombres de la segunda generación de migrantes que habían nacido en EEUU ya que estos siguen siendo considerados afeminados y pasivos y, por lo tanto, poco viriles (Chua y Fujino, 1999).

La oferta de trabajo en el servicio doméstico es aprovechada también por los hombres migrantes ya que de esta forma consiguen regularizar su situación (Sarti, 2010). Pero los hombres, a diferencia de las mujeres, abandonan más rápido este sector (Colombo, 2007). El trabajo en el servicio doméstico se considera un trabajo devaluado por los propios hombres que lo tienen que realizar y, muchas veces, se avergüenzan de ello (Näre, 2010; Sarti, 2010). A pesar de ser percibidos por sus empleadoras/es como más femeninos, asexuales, dóciles y sumisos (Näre, 2010), estos hombres negocian de diferentes formas masculinidades hegemónicas. En primer lugar, en sus casas, ellos no realizan las tareas del hogar, siendo sus parejas las que se encargan de ellas. Otra forma de compensar su menor estatus asociado al trabajo es reforzar su imagen como sostén de la familia a través de las remesas que envían a sus países de origen o consumiendo productos tecnológicos (Näre, 2010). A veces se sienten discriminados cuando trabajan con hombres ya que estos prefieren los cuidados de una mujer. Por eso, consideran que los hombres son mejores que las mujeres, reforzando la idea de fuerza física para

realizar ciertas tareas. De esta forma, el cuidado de una persona mayor se convierte en un trabajo para hombres “verdaderos” (Sarti, 2010).

En el caso de las familias que tienen que separarse debido al fenómeno migratorio, tanto las esposas como los maridos adquieren responsabilidades tradicionalmente asumidas por el otro cónyuge. Los esposos aprenden diversas habilidades del hogar doméstico y las esposas, el papel de proveedor y cabeza de familia (Hondagneu-Sotelo, 1992). De esta forma, las mujeres desarrollan un sentido de autonomía motivadas por las condiciones de la migración. En el mismo estudio, los resultados respaldan que los cambios en cuanto a los comportamientos de género (por ejemplo, la toma de decisiones y el trabajo doméstico) cambian y, además, perduran en el tiempo.

En el caso de los hombres chinos de Shanghai que viven en Australia, la implicación de estos en las tareas de la casa sigue el mismo patrón que en su ciudad de origen (Da, 2004). La participación de los hombres en las tareas de la casa responde a las expectativas de las mujeres en cuanto a los roles que los hombres llevan a cabo en casa. A la hora de elegir marido, las mujeres se fijan en la voluntad y habilidad de los hombres a la hora de realizar las tareas de la casa. Además, este estudio demuestra que el encargarse de las tareas de la casa no depende de la situación económica (los hombres se encargaban de las tareas domésticas independientemente de si eran ellos o sus parejas las que cobraban más).

La presencia de otras generaciones que comparten la vivienda promueve que los maridos no participen en las tareas del hogar, independientemente de si la familia que comparte la vivienda es de la mujer o del marido. En cambio, cuando vive sólo la familia nuclear, este hecho aumenta la igualdad de género (medida en este caso a través de la implicación en las tareas domésticas) (Sun, 2008).

Kulik (1995) estudia las actitudes de género de 92 israelíes y 104 migrantes de países de la ex Unión Soviética y demuestra que incluso cuando los/as migrantes son originarios/as de países socialistas con enfoques laicos, y, por lo tanto se espera que sus actitudes en cuanto al género sean menos tradicionales, ésta hipótesis no se cumple. En este caso, el análisis del apartado anterior puede ayudar a explicar por qué la hipótesis que este autor esperaba confirmar, no se confirma: la ideología comunista tiene doble mensaje ya que, por un lado promueve la igualdad pública entre hombres y mujeres, pero por otro lado, mantiene una perspectiva tradicional en cuanto a los roles de género.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Los estudios feministas, a través del concepto de género, han visibilizado los roles asimétricos y desiguales entre mujeres y hombres y la posición inferior que ocupa todo lo que se considera femenino en las sociedades. Desde esta perspectiva, el género es una construcción sociocultural que revela la profunda desigualdad entre mujeres y hombres. Es decir, el género es un concepto social, sensible a las variaciones y cambios que pueden tener lugar en cada sociedad, es el resultado de un proceso de desarrollo en el que las expectativas y las normas sociales se interiorizan. Se refiere al sentido psicológico del individuo de ser hombre o mujer, incluyendo comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad considera masculinos o femeninos (Sánchez-López, 2009).

Por sus características inherentes, Rumania es un país con una larga tradición paternalista. Al igual que en el resto de países del Occidente, se espera que mujeres y hombres tengan roles diferentes y desarrollen actividades diferentes. Las desigualdades de género, reforzadas durante el patriarcado comunista, se mantienen hoy en día, pero con la peculiaridad de que Rumania negocia un feminismo *room service* (Miroiu, 2004). Es decir, la igualdad entre mujeres y hombres se apoya en el ámbito legislativo, pero sin producirse una autonomía de las mujeres.

Aunque el género recorre estructuralmente las decisiones, trayectorias y consecuencias de la migración, la perspectiva de género en los estudios de las migraciones se introduce solo en los años 80. A pesar de la labor de las investigadoras feministas por reconocerse la presencia de las mujeres migrantes de forma autónoma, sin ligarlas a la figura de los hombres, el tema no cala en todos los ámbitos y no se tiene en cuenta en todas las investigaciones.

Aunque a nivel internacional, no se produce una feminización de las migraciones, es decir, un aumento en el número de las mujeres migrantes, en España existen varias razones por las que se produce dicho aumento. En primer lugar, este hecho se relaciona con la incorporación de las mujeres españolas al mercado laboral, una falta de reparto igual entre mujeres y hombres en cuanto a las tareas del hogar y los cuidados de personas mayores. Además, todas estas necesidades no están cubiertas adecuadamente por parte del Estado.

Durante el proceso migratorio se subraya la posibilidad de negociar roles de género diferentes. Los estudios señalan que durante el proceso migratorio, se puede dar la posibilidad de emancipación y cambio en las mujeres y una transformación hacia roles más equitativos. Sin embargo, también existe la posibilidad del reforzamiento del sistema de dominación masculino y el mantenimiento de posiciones desiguales entre mujeres y hombres. Aunque se subraya que los fenómenos migratorios sin más no pueden cambiar la configuración social del género. En el caso de los hombres, se considera que el contacto con la sociedad del país receptor también puede desembocar en cambios en los roles de estos.

6.PERSONALIDAD

“Feminist critics did not accept the idea of neutral researchers who “study nature,” but argued that all researchers, whether openly expressing a political commitment or not, inevitably have an interested position. They argued that one’s experiences as a human being who inhabits certain categories and social positions indelibly stamp one’s perspective and choices of topics, methods, and theories. They went on to argue that the discipline needed to rethink more or less all the knowledge it proffered about women. Very soon thereafter, their voices were joined (and their message intensified) by the voices of psychologists who were not white and psychologists who did not identify as heterosexual” (Magnusson y Marecek, 2013).

Para analizar los posibles cambios que se producen después de la migración y los efectos de la aculturación sobre este proceso, así como las diferencias en personalidad entre mujeres y hombres, esta investigación se apoya, desde el punto de vista teórico, en el modelo de personalidad de Millon. Según este modelo, la personalidad está configurada por estilos más o menos diversos de funcionamiento de adaptación que una persona exhibe al relacionarse con su entorno. En este capítulo se repasan las características básicas del modelo, se presentan los cambios que se producen en la personalidad después de la migración, así como también la relación que existe entre la aculturación y la personalidad.

6. 1. Los inicios y la evolución del modelo de personalidad de Millon

Desde la publicación de su primer libro *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*, Millon (1969) aboga por la construcción de un enfoque integrador de la psicología. En su conjunto, este modelo supone una gran innovación, un continuo esfuerzo integrador ya que hay un constante intento de coherencia teórica para sus propuestas, alejándole del eclecticismo a la par que le permite no renunciar a todas las contribuciones teóricas anteriores (Ávila-Espada y Herrero Sánchez, 1995). A la hora de desarrollar su teoría biopsicosocial de personalidad parte de diferentes modelos teóricos (biofísicos, intrapsíquicos,

conductuales, evolutivos y fenomenológico-sociales). Esta preocupación por la integración de los conocimientos de diferentes modelos tiene la finalidad de permitir entender a la persona en su conjunto (Millon, Everly y Davis, 1995).

En su propuesta de una ciencia clínica comprehensiva, el modelo propuesto por Millon se caracteriza por centrarse en el sujeto. Según Millon (1990), la personalidad incluye el patrón idiosincrásico de cómo el individuo siente, piensa, afronta los retos y se comporta. La personalidad es un patrón complejo de características interrelacionadas, estables, y en gran medida no conscientes, que se expresan de manera automática en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.

Por otro lado, este modelo proporciona técnicas de tratamiento fundadas en la teoría, es decir métodos que trascienden lo meramente empírico (Millon, Everly y Davis, 1995). A partir de estas herramientas, se pueden especificar objetivos para las intervenciones (orientadas hacia el cambio) o estrategias de tratamiento y las técnicas que comprenden, lo que según Millon, es la terapia sinérgica (Davis, 1999).

Millon (1990) incorpora conceptos de la teoría de la evolución considerando que todas las especies buscan los principios básicos de alimentación, supervivencia y reproducción para transmitir su herencia. Pero cada especie tiene su medio de adaptarse y su estilo de supervivencia. A continuación se describen los cuatro componentes del modelo evolutivo de Millon: existencia, adaptación, replicación y abstracción.

Desde la teoría de la evolución y la teoría ecológica, la *existencia* se refiere a la transformación casual de un estado físico desorganizado en un estado más organizado y con más estabilidad. Estos mecanismos se relacionan con la potenciación y preservación de la vida. A nivel psicológico, (Millon 1994; 2004) resume los objetivos de la *existencia* a la dimensión placer-dolor, dos tendencias opuestas que se encuentran en equilibrio: las experiencias atractivas o las que nos refuerzan positivamente crean una tendencia de acercamiento en los organismos mientras que las experiencias aversivas o que nos refuerzan negativamente crean una tendencia de alejamiento (Millon y Davis, 2004).

Según los principios evolutivos y ecológicos, *adaptación* se refiere a los procesos homeostáticos utilizados para sobrevivir en los ecosistemas abiertos. En otras palabras, adaptación se refiere a cómo los organismos se adaptan a los ecosistemas de su alrededor. En términos psicológicos, la *adaptación* se representa por la polaridad actividad-pasividad. Esta polaridad se refiere a si el individuo toma la iniciativa para configurar los sucesos de su entorno o si su comportamiento es reactivo ante ellos. Se

caracteriza por tener un estilo pasivo, inerte, reactivo y estático frente a una actividad activa, alerta, emprendedora y móvil (Millon y Davis, 2004).

Desde el punto de vista de los principios evolutivos y ecológicos, *replicación* se refiere a las estrategias empleadas para la reproducción de organismos efímeros, a los métodos que tienden a maximizar el individualismo y la protección de la descendencia. A nivel psicológico, la *replicación* se refiere a la polaridad sujeto–objeto. Es decir, cada individuo puede buscar su fuente de refuerzo y satisfacción en sí mismo, promocionando y extendiendo el propio yo, o, en los otros, protegiéndoles (Millon y Davis, 2004).

En términos evolutivos y ecológicos, la *abstracción* se refiere a la capacidad de reflexión para trascender lo inmediato y lo concreto, interrelacionar y sintetizar la diversidad, representar simbólicamente los acontecimientos y procesos, sopesar, razonar y anticipar, lo que constituye un salto cuantitativo en el potencial evolutivo para el cambio y la adaptación (Millon y Davis, 2004). Pensamiento-sentimiento es la bipolaridad a nivel psicológico y se refiere a la capacidad de simbolizar tanto el propio mundo interno como el externo. Tiene que ver con la aparición de capacidades que fomentan la planificación anticipada y la toma de decisiones basada en el razonamiento.

De esta forma, el término personalidad se emplea para representar los estilos más o menos diversos de funcionamiento que un miembro en particular de una especie exhibe en tanto en cuanto se relaciona con su habitual gama de entornos. La personalidad normal refleja los modos específicos de adaptación de los miembros de la especie que resultan eficaces en entornos normales o supuestos. En este contexto, los desórdenes de personalidad están representados por los diferentes estilos de funcionamiento de inadaptación que pueden atribuirse a las deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad del miembro de la especie para relacionarse con el medio al que se enfrenta (Millon, 1994; Sánchez-López, 2001). Por lo tanto, existe un paralelismo entre la filogénesis de la evolución genética de las especies y el desarrollo ontogenético de las estrategias de adaptación (los estilos de personalidad). En el siguiente apartado se profundiza más en el continuo que existe entre la personalidad normal y la anormal.

6.2. El concepto de personalidad: continuidad entre normalidad y anormalidad

Para Millon, la personalidad debe ser concebida como el equivalente psicológico del sistema biológico de las estructuras y funciones del cuerpo humano. Se concibe como un sistema psíquico formado por estructuras y funciones. No es una mezcla de rasgos y comportamientos diversos no relacionados, sino una organización muy unida de estructuras estables (por ejemplo, los mecanismos inconscientes y los procesos cognitivos). Este aparato psíquico desarrolla un patrón integrado de características y tendencias que están profundamente grabadas, no pueden ser fácilmente erradicadas, y dominan todos los factores de la experiencia vital. Reflejo de la organización del cuerpo, el aparato psíquico es una configuración distintiva de percepciones, sentimientos, pensamientos y comportamientos entrelazados que proporcionan un patrón y una manera de ser para mantener la viabilidad y la estabilidad psíquica. Desde esta perspectiva, los trastornos de la personalidad se conciben como una derivación de fallos en el modelo dinámico de las competencias adaptativas del sistema (Davis, 1999).

Los estilos patológicos de personalidad emanan del mismo modelo evolutivo que Millon emplea para explicar la personalidad normal. De este modo, las diferencias entre la personalidad normal y la patológica son las siguientes (Strack, 1999):

1. La personalidad normal y la anormal comparten los mismos procesos básicos y los mismos principios de aprendizaje.
2. La personalidad normal y personalidad patológica están en un mismo continuo, es decir, no existe una línea divisoria tajante entre los tipos de personalidad anormal y los patológicos.
3. Los patrones de personalidad normal pueden distinguirse de los patrones patológicos por su flexibilidad adaptativa y su equilibrio en las polaridades actividad/pasividad, placer/dolor y uno mismo/los otros.

Sin embargo, debido a diferencias en el carácter (disposiciones biológicas) o a la intensidad o persistencia de determinadas influencias ambientales, algunos individuos adquieren hábitos cognitivos, afectivos y de conductas manifiestas desadaptativos, mientras que otros individuos no lo hacen (Millon, 1974). Además, Millon (1974) defiende que todas las formas de psicopatología no son ajenas o externas al sujeto, sino que son el resultado del funcionamiento de un individuo frente a su entorno habitual.

Para diferenciar la personalidad normal de la patológica, Millon emplea el término patrón cuando se refiere a la personalidad patológica mientras que usa el término estilo para hablar de personalidad normal (Millon, 1994). Las conductas que definen a un sujeto con una personalidad normal o saludable son las siguientes (Millon y Everly, 1994):

1. Muestra capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible y adaptativa.
2. Las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente constructivas.
3. Los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como promotores de salud.

Por otro lado, una persona tiene una personalidad anormal o patológica cuando:

1. La persona intenta afrontar las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas.
2. Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes.
3. Los patrones de conducta manifiesta del individuo tienen efectos perniciosos para la salud.

Hay tres criterios que distinguen los patrones patológicos de personalidad de los normales: escasa flexibilidad para adaptarse, tendencia a crear círculos viciosos y escasa estabilidad ante situaciones creadoras de estrés (Millon, 1969). Según el criterio de escasa flexibilidad adaptativa, un individuo tiende a relacionarse consigo mismo y con los otros de una forma inflexible y rígida. Esta rigidez lleva a una inhibición de un abanico más amplio de estrategias de afrontamiento (Millon, 1969; 1974; Millon y Everly, 1994). El segundo criterio, tendencia a crear círculos viciosos es consecuencia de la escasa flexibilidad adaptativa. Es decir, la persona al no ser capaz de cambiar sus estrategias de funcionamiento en su habitual contexto, su repertorio patológico se repite creando círculos viciosos. De esta forma, al no producirse el cambio y ante la repetición de sus conductas desadaptativas, el malestar persiste y se intensifica (Millon, 1969; 1974; Millon y Everly, 1994). El tercer criterio de estabilidad lábil se refiere a aquellos patrones frágiles y carentes de estabilidad en contextos de estrés. Debido a los intentos

frustrados de resolución de conflictos, estos tienden a emerger de nuevo. En este caso, la persona responde de forma patológica a la hora de afrontar las situaciones de su contexto, con un control menos adecuado de sus emociones, llegando a tener unas percepciones subjetivas distorsionadas de la realidad (Millon, 1969; 1974; Millon y Everly, 1994).

6.3. Investigaciones realizadas con el MIPS

El MIPS está diseñado para evaluar los estilos de personalidad normal en adultos a partir de los 18 años de edad. Aunque este inventario fue construido originalmente en 1994 (Millon, 1994) posteriormente fue revisado (Millon, 2004), cambiándose el nombre original de sus escalas, pero manteniéndose los mismos ítems y análisis.

En esta investigación se estudia la personalidad normal de las personas rumanas nos centramos en la personalidad normal y por eso se ha elegido el MIPS para evaluar esta variable. Al estudiar la personalidad normal en migrantes rumanas/os residentes en España es necesario tener una perspectiva más dinámica que estática de lo qué es el comportamiento humano y los principios teóricos del MIPS tienen en cuenta este aspecto ya que utiliza el concepto de estilo psicológico (Aparicio y Sánchez-López, 1999). Según Sánchez-López (1997), los estilos de personalidad se caracterizan por:

1. Estar en la cúspide del sistema jerárquico que constituye la personalidad.
2. Organizar e integrar el resto de los niveles.
3. Traspasar los dos grandes sistemas de diferenciación psicológica, el cognitivo y el afectivo-motivacional.
4. Hacer referencia a diferencias más cualitativas que cuantitativas.
5. Expresarse mediante dimensiones más que mediante categorías continuas.
6. Proporcionar unidad y coherencia al comportamiento de un sujeto y/o grupo.

Los estilos de personalidad marcan indeleblemente la vida de un individuo. Es decir, los estilos de personalidad (Millon, 1999) que son patrones de conducta, sentimientos, pensamientos, percepciones, formas de afrontar situaciones y relaciones con otros seres humanos y objetos del mundo que caracterizan a un individuo frente a

otro y nos permiten reconocer lo “invariante” de una persona a través de conductas muy distintas, es decir, permiten reconocer al individuo (Aparicio y Sánchez-López, 1999).

Por sus características, el MIPS es un instrumento que se ha empleado a la hora de estudiar diferentes variables psicológicas o sociodemográficas como por ejemplo: edad (Díaz-Morales y Castro Solano, 2000), sexo (Bonilla-Campos y Castro-Solano, 2000), nación/cultura (Aparicio-García, 2000; Aparicio-García y Sánchez-López, 1999; Dresch, Sánchez-López y Aparicio-García, 2005; Sánchez-López y Aparicio-García, 1998), objetivos de vida y satisfacción vital (Díaz-Morales y Castro-Solano, 2000), cognición y relación con la hemisfericidad (Ruíz-Rodríguez y Fusté-Escolano, 2000), tipología circadiana (Sánchez-López y Díaz-Morales, 2000), malos tratos (Patrón-Hernández, Fernández-Ros y Corbalán-Berná, 2000; Rivas-Diez, 2014) y maternidad y lactancia (Colodro-Conde, Limiñana-Gras y Ordoñana, 2014). Asimismo, se ha empleado en el ámbito laboral (Aparicio-García, 2001; Castro-Solano y Casullo, 2000) como también en el ámbito militar (Castro-Solano y Casullo, 2002).

6.4. Diferencias de sexo en personalidad

Las diferencias en personalidad entre mujeres y hombres es un tema que siempre ha suscitado cierto interés en las/os investigadoras/es. Según el meta-análisis realizado por Feingold (1994), las mujeres obtienen puntuaciones más altas en extraversión, ansiedad, confianza y cuidado hacia los demás. En el caso de los hombres, firmeza y autoestima son dos variables de personalidad en las que estos obtienen puntuaciones más elevadas. Las diferencias encontradas se mantienen constantes independientemente de la edad, los años de recogida de datos, los niveles educativos y las naciones.

A partir del modelo de personalidad de Eysenck (1978), Lynn y Martin (1997) analizan las diferencias de personalidad en 37 naciones. Los resultados indican que las mujeres puntúan más alto en neuroticismo y los hombres en psicoticismo y extraversión. Considerando que estas diferencias pueden ser más altas en países menos desarrollados debido a que la igualdad entre hombres y mujeres es menor, analizan la relación entre los ingresos y las diferencias en las tres variables, pero no encuentran ninguna correlación estadísticamente significativa entre el ingreso per cápita y las diferencias en neuroticismo, extraversión o psicoticismo (Costa, Terracciano y McCrae, 2001).

Con el objetivo de ampliar los estudios realizados por Feingold (1994) y Lynn y Martin (1997) y aportar nuevos datos, Costa, Terracciano, y McCrae (2001) analizan nuevos artículos que emplean el NEO-PI-R. Estos resultados corroboran los datos descritos anteriormente. De esta forma, las mujeres puntúan más en las facetas de los factores neuroticismo (excepto en la faceta hostilidad), amabilidad y en las facetas cordialidad, gregarismo y emociones positivas del factor extraversión, así como en la faceta sentimientos del factor apertura. Los hombres puntúan más en las facetas asertividad y búsqueda de emociones del factor extraversión, así como en la faceta ideas del factor apertura. No se han encontrado diferencias en las facetas del factor responsabilidad. Otro dato a destacar por estos autores se refiere a las diferencias encontradas entre mujeres y hombres ya que éstas son más elevadas en países del Occidente, en contra de sus pronósticos. Estos datos son confirmados por otro estudio realizado por los mismos autores (McCrae y Terracciano, 2005a; McCrae y Terracciano, 2005b). Estos autores destacan que una posible explicación de estos resultados reside en la idea según la cual en las culturas tradicionales las personas se comparan más con otras personas de su mismo sexo, mientras que en las culturas modernas, los hombres y mujeres toman a ambos sexos como referencia a la hora de compararse con los demás.

Existen otros autores que se han dedicado a estudiar las diferencias entre mujeres y hombres en personalidad. Por ejemplo, Möttus, Pullmann y Allik (2006) encuentran que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en los factores neuroticismo, apertura y amabilidad. Posteriormente, Schmitt, Realo, Voracek y Allik (2008) estudian datos recogidos en 55 países. En la mayoría de los países, las mujeres puntúan más alto en neuroticismo, extraversión, amabilidad y responsabilidad.

A pesar de las diferencias encontradas, cuando se utilizan medidas implícitas, los resultados indican que las diferencias son muy pequeñas o prácticamente inexistentes como por ejemplo en el estudio de Vianello, Schnabel, Sriram y Nosek (2013). En este estudio, los autores aplican tanto medidas de personalidad explícitas como también implícitas. Utilizando medidas explícitas, replican los resultados de los estudios analizados anteriormente: las mujeres tienen medias más altas en amabilidad, responsabilidad, extraversión y neuroticismo. Pero estas diferencias bajan o llegan a ser nulas cuando se utilizan medidas implícitas aunque las mujeres siguen puntuando más alto en neuroticismo y amabilidad y por el contrario, los hombres puntúan más alto en extraversión y apertura. En el caso del factor responsabilidad, no se encuentran

diferencias. La explicación de estos resultados se basa en la diferencia entre el auto-concepto explícito y el implícito. Las normas sociales y las auto-expectativas sobre los roles de género influyen en el auto-concepto explícito y por eso existen esas diferencias en personalidad entre mujeres y hombres. Por el contrario, el auto-concepto implícito se ve influido en menor medida por las normas sociales y los roles de género.

Asimismo, a través del modelo de Millon también se han medido las diferencias de sexo en personalidad. Desde las bases teóricas del modelo se esperan encontrar diferencias de sexo en las escalas que pertenecen a las Metas Motivacionales, Individualismo-Protección. Según Millon (1994; 2004) y Sánchez-López (2001), estas escalas están basadas en el constructo bipolar hacia sí mismo-hacia los demás. La escala Individualismo está basada en la polaridad hacia sí mismo relacionada con la estrategia *r* de reproducción sexual caracterizada por numerosos descendientes a los que el individuo les concede la mínima atención de supervivencia. En este sentido, esta estrategia se manifiesta en conductas individualistas, caracterizadas por actuar más por interés propio que por el de los demás (Millon, 2004; Sánchez-López, 2001). Por otro lado, la escala Protección se basa en el constructo hacia los demás relacionada con la estrategia *K* de reproducción caracterizada por un bajo número de descendientes a los que el individuo les tiene que proporcionar mucha atención para su supervivencia. En otras palabras, esta estrategia se caracteriza por una orientación protectora, favoreciendo a los demás (Millon, 2004; Sánchez-López, 2001).

Empleando el MIPS, Bonilla-Campos y Castro-Solano (2000) analizan las diferencias de sexo en población española. Los resultados encontrados en población adulta española indican que las mayores diferencias se encuentran en la bipolaridad motivacional 3A.Individualismo-3B.Protección, en los modos cognitivos 6A-Pensamiento-6B-Sentimiento y en las escalas 11B-Dominio y 12B-Aquiescencia. Tal como se esperaba, las mujeres puntúan más alto en 3B-Protección, 6B-Sentimiento y 12B-Aquiescencia mientras que los hombres obtienen puntuaciones más elevadas en 3ª-Individualidad, 6A-Pensamiento y 11B-Dominio. Según estos resultados, las mujeres se caracterizan por una mayor tendencia a cuidar de los/as demás; a la hora de formar sus juicios se guían por sus propios valores cuando procesan la información que reciben. Cuando se relacionan con los demás, son simpáticas socialmente, estableciendo vínculos afectivos y lealtades muy fuertes, pero ocultando sus sentimientos negativos. En cambio, los hombres tienen en cuenta más sus propias necesidades; procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico, tomando decisiones basadas en

juicios objetivos. Al relacionarse con los demás son energéticos, dominantes y socialmente agresivos y se ven como intrépidos y competitivos, son ambiciosos y obstinados. Este patrón se repite en los datos estadounidenses de la versión original del MIPS.

Millon (1994, 2004) considera las escalas en las que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas son menos adaptativas mientras que las escalas en las que los hombres tienen puntuaciones más altas son las más adaptativas.

Para explicar estas diferencias se han propuesto diferentes teorías. Desde un enfoque evolucionista, las diferencias en personalidad entre mujeres y hombres surgen como consecuencia de las diferencias biológicas entre los dos sexos (Baron-Cohen, 2003; Buss, 1997). Según esta teoría, los sexos difieren psicológicamente en aquellos ámbitos en los que las mujeres y los hombres se han tenido que enfrentar a diferentes problemas adaptativos a lo largo de la historia evolutiva.

Estos resultados han generado un gran debate entre las/os científicas/os que tienen en cuenta la perspectiva de género (Magnusson y Marecek, 2012). A partir de los 46 meta-análisis que revisa, Hyde (2005) encuentra que las diferencias psicológicas encontradas entre las mujeres y los hombres son muy pequeñas. Esta investigadora considera que existen más similitudes entre mujeres y hombres que diferencias. Unger (1979) sugiere que si existen diferencias entre mujeres y hombres, éstas no pueden ser conocidas debido a que esas diferencias tienen su origen en la diferente socialización que mujeres y hombres reciben y en la inherente desigualdad social entre ellos. De hecho, Crawford y Chaffin (1997) argumentan que los estudios que analizan solo las diferencias sexuales, se olvidan de las desigualdades de género y de las jerarquías creadas desde el punto de vista socio-cultural.

De acuerdo con la teoría del rol social (Eagly, 1987), las diferencias existen porque desde el punto de vista social existen expectativas diferentes en cuanto a cómo tienen que pensar, sentir y comportarse las mujeres y los hombres. Durante el proceso de socialización los/as niños/as aprenden desde muy temprano los roles de género y cuál es la forma más adecuada de comportarse según se es niña o niño. Por lo tanto, las diferencias de personalidad entre las mujeres y los hombres se crean a través de la socialización (ver también Capítulo 5. Género, págs. 88-110). Los resultados del estudio realizado por Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Limiñana y Corbalán (2012) apuntan en este sentido ya que las diferencias en las escalas del MIPS entre mujeres y hombres disminuyen o dejan de existir al tener en cuenta la puntuación de las mujeres en el CFNI

(Mahalik et al., 2005). La puntuación en el CFNI explica entre un 4 y un 33% de la varianza de cada estilo de personalidad.

Un aspecto interesante a destacar en relación a la evaluación en psicología y la construcción de los instrumentos es la falta de perspectiva de género en estos ámbitos (Baker y Mason, 2010). Es poco común que los constructos de personalidad y la operativización que se hace de estos sean libres de sesgos de género. Por eso, si no se tiene en cuenta el género a la hora de diseñar el test es muy probable que ese test contenga sesgos de género (Baker y Mason, 2010). Desde la psicología feminista se sostiene que los estudios y la construcción de instrumentos no tienen sentido si no se tiene en cuenta una variable tan importante como el género (Bohan, 2002; Hare-Mustin y Marecek, 1990). A la hora de construir los tests de personalidad, los autores consideran que la estructura de personalidad es universal y por lo tanto no influida por el género y la cultura (Eysenck, 1978; McCrae y Terracciano, 2005a; McCrae y Terracciano, 2005b). Millon (1990) sugiere que las características de personalidad son el resultado de los valores culturales y del aprendizaje social pero también de los genes y los factores biológicos y por lo tanto, las diferencias entre hombres y mujeres son el resultado de factores biológicos y socioculturales. A pesar de estas consideraciones, Millon no tiene en cuenta que estas diferencias pueden ser producidas por el contexto sociocultural a la hora de interpretar las puntuaciones del MIPS.

Otra explicación sobre las diferencias encontradas tienen que ver con errores de medición (Feingold, 1994). En este caso, un posible sesgo de deseabilidad social lleva a mujeres y hombres a estar de acuerdo con determinados rasgos de personalidad debido a que socialmente están aceptados para su sexo. Los resultados encontrados por Vianello, Schnabel, Sriram y Nosek (2013) son un ejemplo que apoya este último tipo de explicación.

6.5. Diferencias culturales en personalidad

A la hora de analizar las diferencias de personalidad en diferentes culturas, el modelo más utilizado es el de los Cinco Grandes Factores, empleando como instrumento de medida el Inventario de Personalidad NEO y sus versiones. Mediante el estudio de los resultados del Inventario de Personalidad NEO Revisado (Costa y McCrae, 1992) traducido al alemán, portugués, hebreo, chino, coreano y japonés, McCrae y Costa

(1997), basándose en que las estructuras factoriales son similares a la estructura factorial estadounidense, proponen que la estructura de la personalidad es universal. Posteriormente, empiezan a existir dudas con respecto a que la estructura de la personalidad es completamente independiente de la cultura (McCrae y Costa, 1996; McCrae y Costa, 1999) y McCrae, Terracciano, Realo y Allik (2007) consideran que los resultados tienen que ser analizados con cautela.

Para operativizar los perfiles de personalidad a través de las culturas, McCrae y Terracciano (2005a) utilizan tres conceptos: las actitudes (*ethos*), el carácter nacional (*national character*) y la personalidad agregada (*aggregate personality*). Las actitudes se refieren a las características utilizadas para describir las instituciones y costumbres de la cultura como el folclore, la organización política, las prácticas de crianza y las creencias religiosas. El carácter nacional se refiere a los rasgos de personalidad que son percibidos como prototípicos de los miembros de la cultura. La personalidad agregada caracteriza la cultura en términos de la media de los rasgos de personalidad de los miembros de la cultura. Para comparar grupos culturales diferentes hay que cumplir los siguientes requisitos: en primer lugar demostrar que el mismo constructo existe en cada cultura; en segundo lugar, que la medida de los instrumentos mantenga la validez en todas las culturas para que pueda ser posible la comparación; por último, que las escalas demuestren equivalencia, es decir, que las puntuaciones tengan la misma interpretación absoluta en cada cultura.

En este sentido, McCrae y Terracciano (2005a; 2005b) llevan a cabo un estudio en 51 culturas del Proyecto de Perfiles de Personalidad de las Culturas para verificar si el NEO-PI-R se puede utilizar como medida de personalidad en diferentes culturas. Excepto algunos datos, los resultados demuestran que los niveles culturales de las puntuaciones obtenidas a través del NEO-PI-R son generalizables según la edad y el sexo. A pesar de que Rumania no ha sido incluida en este estudio, Ispas, Iliescu, Ilie y Johnson (2014) al traducir y adaptar el NEO-PI-R al rumano y a la población rumana, comparan los resultados de la población estadounidense (Costa y McCrae, 1992) con los resultados de la muestra recogida por ellos mismos. Los/as rumanos/as obtienen puntuaciones más altas en neuroticismo y responsabilidad y más bajas en apertura y amabilidad. No se encuentran diferencias entre las dos muestras en extraversión. Asimismo, estos autores integran los datos de Rumania en el gráfico de escalamiento multidimensional realizado por Allik y McCrae (2004). De acuerdo con estos análisis,

Rumanía al puntuar alto en neuroticismo y bajo en extraversión se encuentra cerca de las puntuaciones españolas, rusas y portuguesas.

Allik y McCrae (2004), al observar un patrón común en las puntuaciones de personalidad, sostienen que las regiones geográficas lejanas y que no tienen un pasado histórico común tienden a tener diferencias mayores en sus puntuaciones. Rentfrow (2010), partiendo de diferentes estudios a lo largo de 30 años, encuentra que las actitudes, los valores y los comportamientos de los/as estadounidenses tienen un patrón geográfico. Rentfrow (2010) propone tres hipótesis para explicar estos resultados. La primera de ellas se relaciona con la selectividad de la migración según la cual las personas migran para satisfacer y reforzar sus necesidades psicológicas básicas. El estudio realizado por Jokela (2009) apoya esta hipótesis ya que las personas que puntúan alto en apertura y extraversión son más propensas a migrar que las personas que puntúan bajo en estas escalas. Por lo tanto, según esta hipótesis de Rentfrow (2010), las personas que tienen en común ciertos rasgos pueden tender a establecerse en ciertas áreas determinadas y esto puede desembocar en que dichos rasgos son más frecuentes en esas zonas.

La segunda hipótesis propuesta por Rentfrow (2010) tiene sus orígenes en los estudios llevados a cabo dentro de la psicología intercultural. En este caso, las tradiciones y costumbres, los estilos de vida y las prácticas diarias comunes a una determinada zona afectan las normas sociales y por ende éstas afectan los comportamientos y actitudes de las personas. A través de un proceso de socialización las personas llegan a adquirir los rasgos de personalidad valorados en la región. De esta forma, un gran número de personas poseen dichos rasgos.

En la última hipótesis planteada para explicar las diferencias regionales de personalidad, Rentfrow (2010) explica que, por un lado, intervienen los aspectos ecológicos del entorno físico afectando la forma en las que las personas interactúan entre ellas y, por otro, el tipo de actividades que éstas pueden desarrollar.

6.6. La personalidad en los/as migrantes

Según Boneva y Frieze (2001), el interés por la personalidad de los/as migrantes se inicia con el término *mobicentric man* utilizado por Jennings (1970) para designar el comportamiento de ciertos individuos que valoran el movimiento y la acción.

Posteriormente, Morrison y Wheeler (1976) emplean el término *personalidad pionera* para describir a aquellas personas a las que les gusta moverse geográficamente. Estos dos autores consideran que a la hora de tomar la decisión de migrar o no, la novedad tiene un papel tan importante como la oportunidad económica brindada en el país receptor.

El tema de la personalidad de los/as migrantes se ha estudiado de diferentes maneras. Si inicialmente los términos utilizados por Jennings (1970) y Morrison y Wheeler (1976) no son estudiados empíricamente, posteriormente se empieza a llevar a cabo estudios empíricos con personas migrantes con el objetivo de ver si existe una personalidad específica de estas personas. Asimismo, se llevan a cabo estudios en los que se comparan las personas migrantes con las personas no migrantes. A continuación se van a detallar los resultados de algunos de estos estudios.

En primer lugar, los primeros estudios demuestran que además de los factores externos que pueden favorecer la migración, existen factores relacionados con la personalidad. Por ejemplo, Taylor (1969) encuentra que existen tres tipos de migrantes teniendo en cuenta los motivos que les llevan a realizar un desplazamiento: *resultantes*, *dislocados* y *aspirantes*. Un migrante *resultante* es aquel que se desplaza por la presión de su situación, pero sin considerar esta oportunidad con mucha antelación. El *dislocado* es aquél que se encuentra separado de su familia, como por ejemplo, el caso de las esposas o esposos que migran para reunirse con ellas/os. Por último, el *aspirante* es el migrante que no se encuentra satisfecho con su vida y decide migrar para mejorar la situación económica y social de su familia y de él mismo.

Partiendo de conceptos como motivación de logro (McClelland, 1961), motivación de afiliación (Emmons, 1997; McClelland, 1985) y motivación de poder (Boneva, Frieze, Ferligoj, Jarošová, Pauknerová y Orgocka, 1997; 1998; McClelland, 1975), demuestran que las personas que tienen la intención de salir de su país son aquellas que puntúan más alto en motivación de logro y motivación de poder. Estos/as autores/as consideran que este patrón es específico para los países o regiones de estancamiento o declive económico. En cuanto a la motivación de afiliación Boneva y Frieze (2001) encuentran que las personas que tienen intención de salir del país obtienen una puntuación más baja en la motivación de afiliación. Al desagregar los datos por sexos, se observa que los hombres que quieren migrar puntúan más bajo en su sentimiento de pertenencia a la familia que las mujeres ya que en el caso de éstas no se

registran diferencias en cuanto al sentimiento de pertenencia en caso de querer o no querer migrar.

Al comparar a migrantes con no migrantes, Stephan y Stephan (1971) encuentran que los migrantes son más neuróticos. En este estudio, el neuroticismo se mide a través de síntomas de naturaleza psicofisiológica como problemas digestivos, pesadillas y diferentes dolores. A pesar de los resultados, los autores encuentran que la edad y la educación son variables que intervienen en estas diferencias.

En estudios más recientes, los autores se preocupan por medir los mismos constructos que en la población autóctona. Por eso, con el objetivo de analizar si se miden los mismos constructos, Te Nijenhuis, van der Flier y van Leeuwen (1997) aplican el *Cuestionario biográfico de Amsterdam* (*Amsterdam Biographical Questionnaire*) (Wilde, 1970) basado en el *Inventario de personalidad Maudsley* (Eysenck, 1959) a holandeses/as e inmigrantes residentes en Holanda. Los/as migrantes puntúan más alto en las escalas de neuroticismo y conformidad social y más bajo en la escala de extraversión. Al comparar los datos por sexos, Te Nijenhuis, van der Flier y van Leeuwen (1997) encuentran que los hombres puntúan más alto en extraversión y más bajo en neuroticismo y en las escalas de deseabilidad social. En el caso de los inmigrantes, sólo se encuentran diferencias en la escala de neuroticismo. Estas diferencias encontradas son muy pequeñas y, además, Te Nijenhuis, van der Flier y van Leeuwen (1997) no aplican pruebas estadísticas prefiriendo comparar los datos a simple vista.

En un estudio realizado con gemelos/as fineses en el que uno/a de ellos/as se queda en Finlandia y el/la otro/a migra a Suecia, Silventoinen, Hammar, Hedlund, Koskenvuo, Rönnemaa, y Kaprio (2007) observan que la migración está relacionada, por lo menos parcialmente, con una vida insatisfactoria. En este caso, el/la gemelo/a que migra se siente menos satisfecho/a con su institución educativa o el trabajo así como también menos satisfecho/a con la vida antes de la migración que su hermano/a que no migra. También encuentran que las mujeres migrantes puntúan más alto en extraversión mientras que los migrantes hombres puntúan más alto en neuroticismo y extraversión. Otro dato a destacar es los sentimientos de soledad experimentados por las hermanas migrantes, pero no así por las hermanas que se quedan en Finlandia. En el caso de los hombres no se encuentran datos estadísticamente significativos con respecto a los sentimientos de soledad.

En otro estudio sobre finlandeses/as, Jokela, Elovainio, Kivimäki y Keltikangas-Järvinen (2008) encuentran que las personas con altas puntuaciones en sociabilidad tienden a migrar de las zonas rurales a las zonas urbanas y, además, las distancias son más grandes. Las personas que puntúan alto en emocionalidad tienen más probabilidad de migrar, particularmente en el caso de las zonas rurales, pero las distancias son cortas. Por último, las puntuaciones altas en actividad aumentan la probabilidad de migrar en general. Camperio, Capiluppi, Veronese y Sartori (2007) también encuentran diferencias de personalidad entre las/os italianas/os que viven en las islas italianas y las/os italianas/os que viven en la zona continental. De acuerdo a este estudio, las/os isleñas/os son más introvertidas/os, más responsables, más estables emocionalmente y menos abiertas/os a nuevas experiencias. Asimismo, las personas que han migrado de las islas a la parte continental son más extravertidas y abiertas a las experiencias que aquellas personas que se han quedado en las islas. Otra evidencia de que la personalidad está relacionada con la migración es el estudio de Jokela (2009) realizado en EEUU. Una puntuación alta en apertura y baja en amabilidad predice una probabilidad alta de migración tanto dentro como entre los estados de EEUU. Por el contrario, una puntuación alta en extraversión aumenta la probabilidad de migrar dentro de los estados, pero no entre los estados. Según este estudio, el neuroticismo y la responsabilidad no guardan relación con el hecho de migrar o no.

6.7. La relación entre la personalidad y la aculturación

La cultura en la que las personas viven y se desarrollan juega un papel importante en la configuración de la propia identidad. Las personas se autoidentifican como pertenecientes a un determinado grupo (por ejemplo, rumano, español, francés, etc.). Al cambiar de país, ciertos aspectos de la identidad se modifican ya que las experiencias y las vivencias se modifican. En el capítulo 3 se ha definido este proceso como aculturación (págs. 50-60). A pesar de la creencia que existe acerca del importante papel que la personalidad juega en la adaptación a un nuevo país, hay pocos estudios que hayan conseguido demostrar la influencia de la personalidad en la adaptación a una nueva cultura (Ward y Chang, 1997).

Según Güngör, Bornstein, De Leersnyder, Cote, Ceulemans y Mesquita (2012) existen dos tipos de resultados que sugieren que la personalidad guarda relación con la aculturación. En primer lugar, los estudios que comparan los resultados de migrantes

asiáticos de diferentes generaciones con los de la población norteamericana (Benet-Martínez y Karakitapoglu-Aygun, 2003; McCrae, Yik, Trapnell, Bond y Paulhus, 1998). Según estos resultados, las diferencias entre los dos grupos disminuyen con cada generación. En segundo lugar, los estudios miden la personalidad relacionándola con variables como la duración de la residencia en el país de destino o participación en la cultura de destino (Eap, DeGarmo, Kawakami, Hara, Hall y Teten, 2008; Ryder, Alden y Paulhus, 2000).

Para dar respuesta a los resultados contradictorios encontrados, Searle y Ward (1990), Ward y Kennedy (1993) y Ward y Chang (1997) proponen el concepto de “ajuste cultural”. Según este concepto, a la hora de hablar de adaptación se tiene que tener en cuenta la interacción entre las variables del individuo y la situación cultural. Es decir, las variables de personalidad no pueden predecir la adaptación a una nueva cultura, sino que ésta depende también de las características culturales del país de destino.

McCrae, Yik, Trapnell, Bond y Paulhus (1998) encuentran que la exposición a la cultura canadiense aumenta la apertura, la alegría y el comportamiento y las actitudes prosociales. El estudio realizado por Swagler y Jome (2005) apunta a que la adaptación psicológica y la adaptación sociocultural son dos conceptos diferentes. Analizando a los norteamericanos que se encuentran en Taiwán, muestran por un lado que la adaptación psicológica a la vida en Taiwán está relacionada a un menor neuroticismo, mayor amabilidad, más responsabilidad y una mayor puntuación en aculturación. Por el contrario, la adaptación sociocultural está asociada a ser hombre, tener más puntuación en extraversión y ser más aculturado a la cultura taiwanesa.

El proceso de adaptación a una nueva cultura se considera un proceso estresante (Ward, 1996) en el que están implicadas las respuestas afectivas, comportamentales y cognitivas al nuevo país de destino (Ward et al., 2001). En este proceso, se encuentran dos procesos: la adaptación psicológica y la adaptación sociocultural (Ward, Bochner y Furnham, 2001; Ward y Kennedy, 1993). Ambos conceptos están relacionados, pero dependen de factores diferentes (Swagler y Jome, 2005). En la adaptación psicológica intervienen variables como la personalidad y el apoyo social mientras que en la adaptación sociocultural intervienen la red social, el tiempo de residencia en el país de destino, la identidad cultural y la distancia cultural (Ward y Kennedy, 1993). Asimismo, Ward y Rana-Deuba (1999) indican que la adaptación psicológica tiene que ver con la

identificación al país de origen mientras que la adaptación sociocultural, con la cultura del país de destino.

Sobral, Villar, Gómez-Fraguela, Romero y Luengo (2013) encuentran que la estrategia de aculturación separación se relaciona con un comportamiento más antisocial, por lo menos en el caso de los/as migrantes adolescentes. Ryder, Alden y Paulhus (2000) demuestran que la subescala aculturación a las normas del país de destino se asocian con una menor puntuación en neuroticismo y una mayor puntuación en responsabilidad, extraversión y apertura. Por el contrario, la subescala mantener las normas del país de origen se asocia con una menor puntuación en neuroticismo y una mayor puntuación en apertura.

A pesar de que los resultados no son concluyentes y no siempre se encuentran relaciones entre la aculturación y los rasgos de personalidad (Ward y Chang, 1997) a continuación se mencionan algunos de los artículos que encuentran relaciones entre los rasgos de personalidad y la aculturación. Al iniciar contacto con la nueva cultura del país de destino, se considera que la extraversión se relaciona con altos niveles de adaptación (Caligiuri, 2000; Furukawa, 1997; Searle y Ward, 1990). El factor amabilidad mantiene una relación positiva con la adaptación ya que tienen más habilidades al lidiar con las diferencias y establecer relaciones con las personas del país de destino (Caligiuri, 2000; Ward, Leong y Low, 2004). Se han encontrado relaciones positivas entre el factor responsabilidad y la aculturación sociocultural (Caligiuri, 2000; Ward, Leong y Low, 2004; Zhang, Mandl y Wang, 2010). Aunque el factor apertura se supone que es el factor que más se relaciona con la adaptación al estar definido por características como curiosidad y tolerancia al cambio (Costa y McCrae, 1992), hay pocos estudios que encuentran estas relaciones (Zhang, Mandl y Wang, 2010) mientras que otros no encuentran dichas relaciones (Swagler y Jome, 2005; Ward, Leong y Low, 2004). De acuerdo a Swagler y Jome (2005), una posible explicación de por qué no se encuentran relaciones entre la adaptación y este factor tiene que ver con la obtención de mayores puntuaciones en estas muestras si se comparan con la media de la población general (Costa y McCrae, 1992). Por último, los estudios indican que el neuroticismo está relacionado de forma negativa con la adaptación (Ward, Leong y Low, 2004; Zhang, Mandl y Wang, 2010).

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Con el objetivo de entender a la persona en su conjunto, Millon desarrolla una teoría biopsicosocial de la personalidad a partir de diferentes modelos teóricos (biofísicos, intrapsíquicos, conductuales, evolutivos y fenomenológico-sociales). Según este modelo, la personalidad es un patrón complejo de características interrelacionadas, constantes e inconscientes que se expresan de manera automática en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Existe una continuidad entre la personalidad normal y la anormal, compartiendo los mismos procesos básicos y los mismos principios de aprendizaje.

La mayoría de las investigaciones señalan diferencias en personalidad entre mujeres y hombres independientemente de la edad, los años en los que se lleva a cabo la recogida de datos, los niveles educativos o los países. El propio modelo de Millon pronostica diferencias de sexo en las escalas que pertenecen a las Metas Motivacionales, Individualismo-Protección. A la hora de explicar estas diferencias se han propuesto diferentes teorías. En general, las explicaciones aportadas carecen de un enfoque de género y han generado un gran debate científico entre investigadores/as que trabajan desde esta perspectiva. Sin embargo, no es muy común tener en cuenta los posibles sesgos de género a la hora de operativizar los constructos de personalidad.

A la hora de trabajar las diferencias culturales en personalidad, desde el Modelo de los Cinco Grandes Factores, se propone que la estructura de personalidad es universal, aunque posteriormente se considera que los resultados tienen que ser analizados con cautela. La personalidad de los/as migrantes también ha sido objeto de estudio. Los resultados de las investigaciones realizadas no suelen coincidir, pero parece ser que el neuroticismo y la extraversión son dos variables que intervienen en la personalidad de los/as migrantes así como también en la adaptación a la vida del país receptor.

———— INVESTIGACIÓN EMPÍRICA ————

ESTUDIO I. TRADUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS _

En el Estudio I se detallan los pasos seguidos para la traducción y adaptación de los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Medida de la Salud Física (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001), el Cuestionario de Satisfacción (Díaz-Morales y Sánchez-López, 2002), el Cuestionario de Salud General GHQ-12 (Goldberg y Williams, 1988), el Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC (Broadhead et al., 1988), el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Mahalik et al., 2003), el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (Mahalik et al., 2005) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1994, 2004).

Dado que estos instrumentos no han sido traducidos al rumano y no están estandarizados en Rumania, el primer objetivo se plantea por la necesidad de comprobar si los instrumentos de evaluación utilizados tienen las propiedades psicométricas adecuadas. La traducción y adaptación de los cuestionarios fue realizada en un estudio previo por parte de la autora de este trabajo y se presentó como trabajo fin de Máster (Máster Oficial Mujeres y Salud-UCM). Se presentan estos datos para facilitar el seguimiento de las líneas de investigación de los estudios que se describen en los siguientes capítulos. Además, en el presente trabajo se tiene en cuenta el índice de consistencia del MIPS, eliminando del total de participantes a todas aquellas personas cuyo índice de consistencia es menor que tres tal como aconseja Millon (Millon, 1994, 2004).

7.MÉTODO (ESTUDIO I)

A continuación se presentan los apartados correspondientes al método empleado en el Estudio I.

7.1. Objetivos e hipótesis

Se plantea el siguiente objetivo e hipótesis para el Estudio I.

Objetivo. Analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida que no están traducidos y adaptados para ser utilizados con población rumana. Los instrumentos son los siguientes: el Cuestionario de Medida de la Salud Física (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001), el Cuestionario de Satisfacción (Díaz-Morales y Sánchez-López, 2002), el Cuestionario de Salud General GHQ-12 (Goldberg y Williams, 1988), el Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC (Broadhead et al., 1988), el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Mahalik et al., 2003), el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (Mahalik et al., 2005) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1994, 2004).

Hipótesis 1.1: *El análisis de los índices psicométricos del Cuestionario de Medida de la Salud Física, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI y MIPS permitirá su uso como medida de las variables empleadas en su versión rumana.*

El primer objetivo de esta investigación surge de la necesidad de adaptar los cuestionarios a la población rumana y comprobar si tienen las propiedades psicométricas adecuadas para tener en cuenta los resultados en el contexto cultural en el que han sido aplicados.

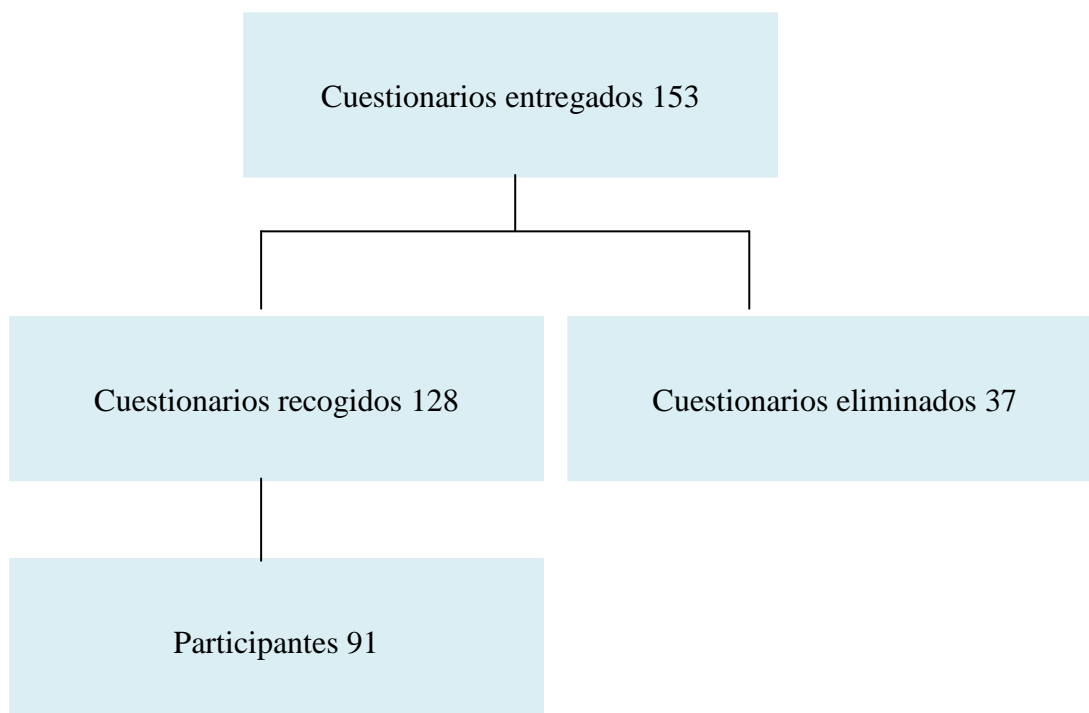
7.2. Participantes

A continuación se presentan las características sociodemográficas de los/as participantes de este estudio. El grupo de participantes está formado por 91 personas (52

mujeres y 39 hombres) con edades comprendidas entre 19 y 64 años ($D.T. = 11.19$). Inicialmente, la muestra estaba formada por 123 participantes, pero al tener en cuenta el índice de consistencia (<3) del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), se eliminan 32 participantes.

El 46.2% de los/as participantes son solteros/as, el 35.2% están casados/as, el 7.7% están separados/as o divorciados/as mientras que el 11% convive en pareja. Mientras que un 33% de las personas tiene hijos/as, el 67% restante no tienen hijos/as. De los/as participantes que tienen hijos, el 31.3% tiene un/a hijo/a, 43.2% tiene 2 y el 28.1% tiene 3 o más de 3. El 10% tiene estudios de posgrado (más mujeres que hombres), el 31.1% posee estudios universitarios o los está realizando, el 44.4% tiene estudios de bachillerato mientras que sólo un 8.9% tiene estudios secundarios y un 5.6%, estudios primarios. En cuanto a la situación laboral, un 62.2% de los/as participantes está trabajando y un 20% se encuentran en desempleo (más hombres que mujeres), están estudiando un 6.7% de los/as participantes, un 10% son amas de casa (sólo mujeres) y solamente 1.1% están jubilados/as. La religión más representada es la ortodoxa (61.5%), seguida por la protestante (31.9%). Sólo 1.1% se declara ser católica o agnósticas y 4.4% se declaran ateos/as. Llevan en España, una media de 70.36 meses (5 años y 10 meses). En la tabla 7.1 se describen las características sociodemográficas de las/os rumanas/os que forman esta muestra de participantes.

Figura 7.1. Número de participantes



7.3. Instrumentos

Las razones por las que se eligen los instrumentos utilizados son diversas. Por ejemplo, en el caso del MIPS, se sabe que este instrumento parte de un modelo integrador construido desde la racionalidad teórica. Es un inventario con buenos resultados y, además, funciona bien desde el punto de vista psicométrico, tanto en su versión original como en la adaptada a la lengua castellana. El CFNI y CMNI miden las actitudes, creencias y conductas asociadas a las normas de género masculino/femenino, desde una perspectiva multidimensional. Igual que en el caso del MIPS, estos instrumentos tienen unas características psicométricas satisfactorias en su versión original y en la adaptación al español. En cuanto al resto de los cuestionarios elegidos, se tiene en cuenta la brevedad, para que el protocolo a rellenar no sea demasiado largo, sin olvidar los aspectos psicométricos. En la tabla 7.2 se describen los instrumentos de evaluación utilizados.

7.3.1.1. Cuestionarios de medida de la salud física

La salud física se ha evaluado a través de cuatro medidas: la salud autopercebida, el estado de salud y las dolencias físicas. A continuación se describen las tres medidas utilizadas.

a. Cuestionario de salud autopercebida

A través de una escala *likert* de diez puntos y otra de un único ítem cuya respuesta oscilaba de 1 (*muy satisfactorio*) a 5 (*muy insatisfactoria*) se evalúa la salud física. Los estudios indican que es una medida válida de salud, siendo una escala ampliamente utilizada para operativizar la salud física (Wasyliw y Fekken, 2002; Williams, O'Brien y Colder, 2004; Williams, Wasserman y Lotto, 2002).

b. Cuestionario de Dolencias Físicas

Inicialmente, incluía la presencia de diez dolencias físicas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001) pero, en este estudio, se utilizó el cuestionario que incluye dieciséis dolencias físicas (Dresch, 2006). Por lo tanto, esta escala tipo *likert* de

4 puntos mide la presencia de las 16 dolencias físicas más comunes en la población general (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de espalda, mareos etc.). La suma de cada puntuación dada por los sujetos permite obtener una puntuación total que puede oscilar entre 16 y 64.

Tabla 7.1. Características sociodemográficas de los/as migrantes rumanos/as residentes en España

	♀ (n = 52)		♂ (n = 39)		Total (N = 91)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Estado civil						
Solteras/os	24	46.2	18	46.2	42	46.2
Casadas/os	17	32.7	15	38.5	32	35.2
Separada/ o divorciada/o	4	7.3	3	7.7	7	7.7
Convive en pareja	7	13.5	3	7.7	10	11
Viuda/o	0	0	0	0	0	0
Hijas e hijos						
Sí	17	32.7	15	38.5	32	35.2
No	35	67.3	24	61.5	59	64.8
Nivel educativo						
Primarios	2	3.9	3	7.7	5	5.6
Secundarios	4	7.8	4	10.3	8	8.9
Bachillerato	21	41.2	19	48.7	40	44.4
Estudios universitarios	16	31.4	12	30.8	28	31.1
Estudios de posgrado	8	15.7	1	2.6	9	10
Situación laboral						
Trabajo	33	63.5	23	60.5	56	62.2
Ama de casa	9	17.3	0	0	9	10
Estudiante	3	5.8	3	7.9	6	6.7
En desempleo	6	11.5	12	30.8	18	20
Jubilada/o	1	1.9	0	0	1	1.1
Religión						
Ortodoxa	30	57.7	26	66.7	56	61.5
Protestante	19	36.5	10	25.6	29	31.9
Católica	1	1.9	0	0	1	1.1
Agnosticismo	1	1.9	0	0	1	1.1
Ateo/a	1	1.9	3	7.7	4	4.4
Otra	0	0	0	0	0	0
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Edad	32.96	10.89	33.50	11.72	33.19	11.19
Rango	19-62		20-64		19-64	

c. Cuestionario del estado de salud

Cuestionario de elaboración propia cuyas preguntas fueron extraídas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2006), instrumento utilizado para la evaluación de políticas sanitarias y para estudios de investigación sobre el estado de salud de los españoles y españolas. El uso de esta entrevista permite comparar los resultados obtenidos en las mujeres maltratadas con los obtenidos por la población general española. Se incluyen preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol, fármacos y psicofármacos; número de visitas a profesionales sanitarios; horas de descanso; y realización de ejercicio físico en el tiempo libre; número de visitas al médico por un problema propio o acompañando o representando otra persona. También se les preguntó por los hábitos de consumo de alcohol, fármacos, psicofármacos, el número de horas de descanso (incluyendo las horas de siesta) y si practicaban algún tipo de deporte en su tiempo libre.

7.3.1.2. Cuestionarios de medida de la salud psicológica

A continuación se describen el Cuestionario de Salud General (Goldberg y Williams, 1988) y el Cuestionario de satisfacción personal (Díaz-Morales y Sánchez-López, 2002).

a. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)

El Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire*, GHQ) (Goldberg y Williams, 1988) es un test de cribado diseñado para la identificación de trastornos psíquicos. Su aplicabilidad está dirigida, principalmente, a la clínica comunitaria y a ámbitos no psiquiátricos.

Originalmente, el GHQ constaba de 60 ítems. En los últimos años, se han elaborado diversas versiones del mismo con 30, 28 y 12 ítems (GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12, respectivamente). Este último tipo ha sido el más empleado en la práctica, gracias a la brevedad de su administración. Consta de 12 proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas planteadas al participante en escala tipo *likert* (*mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual*,

mucho menos que lo habitual o no, en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual).

La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala (a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental). El tiempo empleado para completar el instrumento es de cinco minutos aproximadamente. El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach de la versión española es .76 (Sánchez-López y Dresch, 2004).

b. Cuestionario de satisfacción personal

Hay un acuerdo generalizado sobre la validez de las medidas de autopercepción de la felicidad, bienestar o satisfacción (Argyle, 1987), además del uso de medidas de satisfacción de ítem único. Por tanto, se utilizó un instrumento validado en anteriores investigaciones (p.ej. Díaz-Morales y Sánchez-López, 2002; Sánchez-López et al., 2006) que consiste en una escala tipo *likert* de 10 puntos en la que los sujetos valoran su Satisfacción Familiar, su Satisfacción Laboral y su Satisfacción Global. La fiabilidad media de este tipo de cuestionarios es de .70 (Castro-Solano y Sánchez-López, 2000).

7.3.2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11)

El Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 (Broadhead et al., 1988) es un cuestionario que mide el apoyo social percibido, no el real, explorando los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social. Es autoaplicado y contiene 11 ítems. En este instrumento se evalúan el apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Se utiliza una escala tipo *likert*, puntuando de 1 (*mucho menos de los que deseo*) a 5 (*tanto como lo deseo*). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo social percibido.

El punto de corte en las validaciones españolas (De La Revilla, Bailón, De Dios, Delgado, Prados y Fleitas, 1991; Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli, 1996), se establece en el percentil 15, correspondiente a una puntuación de 32 o menos. El tiempo empleado para completarlo es de cinco minutos aproximadamente.

Tabla 7.2. Variables e instrumentos utilizados

	Variables	Instrumentos
Datos sociodemográficos	Sexo, edad, tiempo que lleva en España, estado civil, número de hijos/as, número de hijos/as que viven en España, número de personas que viven con el/la participante, nivel educativo, situación laboral, religión.	Cuestionario de datos personales y demográficos (elaboración propia)
Salud	Ingesta de alcohol, consumo de cigarrillos, consumo de fármacos y psicofármacos, número de visitas al médico, dolencias físicas, descanso, ejercicio físico, valoración del nivel de salud física, valoración de la satisfacción personal y nivel de salud mental general	Cuestionario del Estado de Salud (Preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud; INE, 2006). Cuestionario de Dolencias Físicas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001) Cuestionario de Salud Autopercebida Cuestionario de Satisfacción Personal (Sánchez-López, Aparicio-García y Dresch, 2006) Cuestionario de Salud General - GHQ-12 (Goldberg y Williams, 1988)
Apoyo social percibido	Apoyo social percibido	Cuestionario de Apoyo Social Funcional - Duke-UNC-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988)
Género femenino	Agradable en las relaciones Cuidadora de niños/as Delgadez Fidelidad sexual Modestia Romántica en las relaciones Doméstica Invertir en la imagen	Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas - CFNI (Mahalik et al., 2005)
Género masculino	Ganar Control emocional Conductas de riesgo Violencia Poder sobre las mujeres Dominancia Donjuanismo Independencia Primacía del trabajo Desprecio hacia la homosexualidad Búsqueda de posición social	Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas - CMNI (Mahalik et al., 2003)
Personalidad	Expansión/Preservación Modificación/Adecuación Individualidad/Protección Extraversión/Introversión Sensación/Intuición Pensamiento/Sentimiento Sistematización/Innovación Retraimiento/Sociabilidad Indecisión/Decisión Discrepancia/Conformismo Sumisión/Dominio Descontento/Aquiescencia	Inventario de Estilos de Personalidad de Millon - MIPS (Millon, 1994; Millon, 2001)

El valor α de Cronbach calculado para la población española es .90 para la escala total, y de .88 y .79 para las subescalas de apoyo confidencial y de apoyo afectivo, respectivamente (Bellón et. al., 1996).

7.3.3. El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)

La Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI) (Mahalik et al., 2005) evalúa toda la gama de requerimientos socioculturales que les son transmitidos a las mujeres. Los ítems miden actitudes, creencias y conductas asociadas a las normas de género femenino. Por ejemplo, los ítems miden estereotipos relacionados con el aspecto físico, cuidar de los demás, sexualidad y valorar agradablemente las relaciones.

Este cuestionario contiene 84 ítems con un formato tipo *likert* (0 = *totalmente en desacuerdo*, 1 = *en desacuerdo*, 2 = *de acuerdo* y 3 = *totalmente de acuerdo*). Se agrupan en ocho escalas: Valorar agradablemente las relaciones, Cuidadora de niños, Delgadez, Fidelidad sexual, Modestia, Ser romántica en las relaciones, Hogareña e Invertir en la imagen o apariencia (ver tabla 7.4). Las puntuaciones totales presentan un rango de 0 a 252, de forma que unas puntuaciones altas en CFNI indican que la persona está más conforme con el rol tradicional de la mujer. El tiempo de aplicación del cuestionario es de 10-15 minutos.

El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach en la muestra estadounidense tiene unos valores entre .77 y .92 (Mahalik et al., 2005) mientras que para la muestra española éste es más bajo, oscilando entre .64 y .86 (Sánchez-López et al., 2009).

7.3.4. El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI)

Para evaluar la conformidad con las normas masculinas se utiliza el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Mahalik et al, 2003). Esta herramienta mide en qué grado los hombres se adhieren a los roles socialmente prescritos para los hombres en la sociedad occidental.

Tabla 7.3. Descripción de las escalas del CFNI

Escalas	Descripción	Ejemplos de los ítems
Agradable en las relaciones	Relaciones de amistad y apoyo a los demás	Es importante hacer saber a la gente que son especiales.
Cuidadora de niños/as	Cuidar a niños/as	Cuidaría niños para divertirme.
Delgadez	Perseguir el ideal de cuerpo delgado	Sería más feliz si fuera más delgada.
Fidelidad sexual	Tener relaciones sexuales dentro de una relación de compromiso	Sólo tendría sexo si tuviera una relación de compromiso, como el matrimonio.
Modestia	Evitar llamar la atención sobre cualidades o talentos	Me siento incómoda si me escogen para alabarme.
Romántica en las relaciones	Cuidar las relaciones amorosas	Las personas solteras me dan pena.
Doméstica	Cuidadora del hogar	Es importante mantener limpio el espacio donde se vive.
Invertir en la imagen	Utilizar recursos para mantener y mejorar la apariencia física	Es importante tener un aspecto físico atractivo en público

Fuente: Mahalik et al., 2005.

El inventario está formado por 94 ítems tipo *likert* (0 = *totalmente en desacuerdo*, 1 = *en desacuerdo*, 2 = *de acuerdo*, 3 = *totalmente de acuerdo*). Tiene una estructura de 11 escalas: Ganar, Control emocional, Conductas de riesgo, Violencia, Poder sobre las mujeres, Dominancia, Donjuanismo, Independencia, Primacía del trabajo, Desprecio hacia la homosexualidad, Búsqueda de posición social (ver tabla 7.5).

Las puntuaciones totales presentan un rango de 0 a 282. El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach oscila entre .72 y .91 (con un α total de .94) (Mahalik et al., 2003) en la muestra estadounidense mientras que, en la muestra española, éste va de .64 a .81 y el α total es .89 (Cuéllar, Sánchez-López y Dresch, 2011).

7.3.5. El Inventario de estilos de personalidad (MIPS)

El MIPS es un cuestionario que evalúa los estilos de personalidad normal, sin connotaciones clínicas o dimensiones psicopatológicas. Este instrumento se ha empleado para personas cuya edad está comprendida entre los 18 y los 65 años o más. La mayoría de las personas emplean 30 minutos o menos para responder al cuestionario.

El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (1994, 2004) está formado por 180 ítems, a los que los/as participantes responden verdadero o falso.

Tabla 7.4. Descripción de las escalas del CMNI

Escalas	Descripción	Ejemplos de los ítems
Ganar	Querer ser admirado y respetado por el éxito conseguido	En general, haría cualquier cosa con tal de ganar.
Control emocional	Utilizar medidas para el control y restricción de las emociones.	Es mejor ocultar las emociones.
Conductas de riesgo	Utilizar actitudes de dureza y violentas	Me gusta arriesgarme.
Violencia	Tener actitudes duras y violentas	Creo que la violencia nunca está justificada.
Poder sobre las mujeres	Las mujeres están subordinadas a los hombres	En general, controlo a las mujeres de mi vida.
Dominancia	Querer ser admirado por la competitividad, dureza, poder y subordinar a las mujeres.	En general, tengo que salirme con la mía.
Donjuanismo	Tener aventuras, ocultar emociones y subordinar a las mujeres	Si pudiera, tendría citas con muchas personas diferentes.
Independencia	Confianza en sí mismo e independencia de lo emocional	Jamás comparto mis sentimientos.
Primacía del trabajo	Hay que ser el sostén de la familia, persiguiendo el éxito	El trabajo es lo primero.
Desprecio hacia la homosexualidad	Desdén hacia los homosexuales y restricción del afecto con otros hombres.	Me sentiría incómodo si alguien pensase que soy gay.
Búsqueda de posición social	Ser el sostén de la familia, admirado y respetado.	Trabajo duro para ganar.

Fuente: Mahalik et al., (2003).

El MIPS es un instrumento válido y fiable baremado en la población española y otros países de Sudamérica (Millon, 2001). Originalmente, fue construido en 1994 (Millon, 1994) y revisado diez años después (Millon, 2004). El MIPS consta de 27 escalas: 24 de personalidad y 3 índices de control. Las escalas de personalidad se agrupan en 12 pares y cada par incluye dos escalas yuxtapuestas. Estos 12 pares se organizan en tres grandes áreas: Metas motivacionales, Modos cognitivos y Comportamientos interpersonales. Los tres pares de escalas evaluados en las Metas motivacionales miden la actitud que adopta la persona para obtener refuerzo de su entorno. Los Estilos cognitivos examinan la forma en que las personas procesan la información para adquirir los conocimientos sobre la vida. Por último, los cinco pares

de escalas de Comportamientos interpersonales evalúan el estilo de relacionarse con los demás.

Tabla 7.5. La descripción de las escalas del MIPS y su respectivo constructo bipolar

Escala del MIPS	Constructo Bipolar	Definición
METAS		
MOTIVACIONALES		
1A. Expansión	Placer	Evalúa la tendencia a experimentar los sucesos vitales de modo optimista.
1B. Preservación	Dolor	Concentración en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.
2A. Modificación	Actividad	El futuro depende de ellos/as, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos.
2B. Adecuación	Pasividad	No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros/as. No tienen iniciativa.
3A. Individualidad	Hacia uno mismo	Orientados/as a sus propias necesidades, sin preocuparse de los/as demás. Independientes y egocéntricos/as.
3B. Protección	Hacia los demás	Motivados/as a satisfacer primero a los/as demás.
ESTILOS COGNITIVOS		
4A. Extraversión	Externa	Recurren a los/as demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten.
4B. Introversión	Interna	Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos/as mismos/as.
5A. Sensación	Tangible	Derivan sus conocimientos de lo concreto. Confían en la experiencia directa y en lo observable.
5B. Intuición	Intangible	Prefieren lo simbólico y desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.
6A. Pensamiento	Intelecto	Procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico. Decisiones basadas en juicios objetivos.
6B. Sentimiento	Afecto	Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.
7A. Sistematización	Asimilación	Organizados/as. Transforman información nueva adecuándola a lo conocido. Perfeccionistas y eficientes.
7B. Innovación	Imaginación	Creativos/as, asumen riesgos. Disconformes con lo predecible. Buscan consecuencias imprevistas.
CONDUCTAS INTERPERSONALES		
8A. Retraimiento	Distanciamiento físico/emocional	Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos/as, pasivos/as y renuentes a participar.
8B. Sociabilidad	Gregarismo	Buscan estimulación y atención. Simpáticos/as y brillantes y también exigentes y manipuladores/as.
9A. Indecisión	Inseguridad	Tímidos/as y nerviosos/as en situaciones sociales. Desean ser aceptados/as, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos/as. Propensos a aislarse.
9B. Decisión	Seguridad	Creen ser talentosos/as y competentes. Ambiciosos/as, egocéntricos/as y seguros/as de sí mismos/as.
10A. Discrepancia	Desacato	Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.
10B. Conformismo	Obediencia	Honrados/as, con autodominio. Respetan la autoridad. Cooperativos/as. No espontáneos/as.
11A. Sumisión	Sumisión	Habitados/as al sufrimiento. Sumisos/as ante los/as demás.
11B. Dominio	Dominio	Energéticos/as, dominantes y socialmente agresivos/as. Se ven como intrépidos/as y competitivos/as. Ambiciosos/as y obstinados/as.
12A. Descontento	Descontento	Pasivo/a-agresivos/as y malhumorados/as. Estados de ánimo y conductas variables.
12B. Aquiescencia	Afinidad	Simpáticos/as socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Ocultan sus sentimientos negativos.

Fuente: Aparicio-García y Sánchez-López (2001).

Además de las 24 escalas, el MIPS presenta tres índices de validez o de control: Impresión positiva, Impresión negativa y Consistencia. La escala Impresión positiva incluye 10 ítems (distintos de los ítems de contenido) redactados con el objetivo de identificar a aquellas personas que tratan de dar una impresión demasiado favorable en el test. La escala Impresión negativa incluye 10 ítems cuyo propósito es identificar a las personas que tienden a responder mostrando una autopercepción negativa generalizada sobre sí mismas. La escala Consistencia está formada por 5 ítems formulados de dos modos diferentes (es decir, 10 ítems en total) para evaluar el grado de consistencia en las respuestas que da la persona.

Para medir la consistencia interna, se ha calculado el coeficiente α de Cronbach, encontrándose en la versión estadounidense un promedio de .78 (Millon, 1994, 2004). En la adaptación española, el promedio encontrado es de .72 (Sánchez et al., 2001).

7.4. Procedimiento

A continuación se describe el procedimiento llevado a cabo para la traducción y adaptación de los instrumentos.

7.4.1. Traducción y adaptación de los instrumentos

El objetivo de este estudio es el de traducir y adaptar los instrumentos para las variables a utilizar. Varios de estos instrumentos ya están adaptados, estandarizados y publicados en España (Bellón et al., 1996; Cuéllar, Sánchez-López y Dresch, 2011; Sánchez et al., 2001) y otros se han construido en España como, por ejemplo, el Cuestionario de Satisfacción Autopercebida (Díaz-Morales y Sánchez-López, 2002) y el Cuestionario de Medida de las Dolencias Físicas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001). Debido a que estos cuestionarios no están disponibles en rumano, los cuestionarios tuvieron que ser traducidos y adaptados.

Los instrumentos fueron traducidos por la autora de este trabajo del inglés al rumano en el caso del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, el Cuestionario de Conformidad con las Normas Masculinas/Femeninas (Mahalik et al., 2003; Mahalik et al., 2005), el GHQ-12 y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC. Asimismo, fueron traducidos del castellano al rumano, el Cuestionario de Satisfacción

Autopercebida y el Cuestionario de Medida de las Dolencias Físicas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001).

En primer lugar, se hizo la traducción directa de los cuestionarios, del inglés/castellano al rumano, ateniéndose a las normas de traducción y adaptación de tests psicológicos (Byrne et al., 2009; Muñiz y Hambleton, 1996; van de Vijver y Poortinga, 1997) y, en el caso de los instrumentos estandarizados para la población española, también se tuvieron en cuenta los pasos seguidos por los/as autores/as que realizaron las correspondientes adaptaciones al castellano.

A continuación, la traducción fue revisada por dos personas rumanas con muy alto conocimiento de la lengua inglesa (correspondiente al nivel C2 del Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas). Las revisiones fueron hechas de forma independiente. Posteriormente, se les pidió a tres psicólogas bilingües (castellano/rumano) y con buen dominio de la lengua inglesa que evaluaran la traducción de cada ítem, comparándola con el ítem correspondiente en la versión original del instrumento con respecto al contenido, forma, significado y claridad de expresión. Se analizaron las modificaciones sugeridas por las psicólogas y se realizaron los cambios oportunos para la versión final de los instrumentos.

Después de esta fase, los cuestionarios fueron contestados por un grupo piloto formado por cinco personas ($N = 5$). Cada persona tenía que anotar los ítems difíciles de entender o con formulación poco clara. Después de las sugerencias finales de los participantes del grupo piloto, se procedió a elaborar la versión final de los instrumentos que, posteriormente, fueron aplicados para la investigación presente.

7.4.2. Aplicación de los instrumentos

Una vez adaptados los instrumentos al rumano, se procedió a aplicarlos a un grupo de rumanos/as residentes en España. Se trata de una muestra seleccionada a través de la técnica “bola de nieve”. Asimismo, se contactó con dos asociaciones: la Asociación de Inmigrantes Rumanos en España (Coslada) y la Asociación Casa de Rumania (Getafe). A las personas se les pedía firmar un consentimiento informado antes de empezar a rellenar los cuestionarios. Debido a esta situación, tres personas se negaron a firmar, por lo tanto, no pudieron rellenar los cuestionarios. En todos los casos, los instrumentos fueron administrados con una portada en la que se explicaban las instrucciones a seguir. Se garantizaba el anonimato de los datos. En cuanto a los cuestionarios entregados,

estos fueron aproximadamente 153, de los cuales 25 no fueron devueltos y 5 no fueron incluidos en la base de datos ya que había numerosos ítems e, incluso, un cuestionario entero que no habían sido contestados (ver figura 7.1).

7.5. Análisis de datos

Para el análisis de datos se utiliza el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 22.0 para Windows (IBM Corporation, 2013). En este primer estudio, se llevan a cabo los análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados al ser éste uno de los pasos imprescindibles cuando se realiza una adaptación y traducción de un instrumento a otro idioma. Para la consistencia interna se calcula el coeficiente α de Cronbach y, en el caso del MIPS, se calcula la validez interna a través de los coeficientes de correlación de Pearson entre las 24 escalas.

8.RESULTADOS (ESTUDIO I)

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio según la hipótesis planteada.

Hipótesis 1.1: El análisis de los índices psicométricos del Cuestionario de Medida de la Salud Física, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI y MIPS permitirá su uso como medida de las variables empleadas en su versión rumana.

8.1. Cuestionarios de medida de la salud psicológica

A continuación se presentan los resultados de consistencia interna y estadísticos descriptivos del GHQ-12.

8.1.1. Consistencia interna

La consistencia interna del *General Health Questionnaire* de 12 ítems ha sido demostrada en numerosos estudios (por ejemplo, Sánchez-López y Dresch, 2008). En España, el valor del coeficiente alfa de Cronbach fue .76, indicando una consistencia interna satisfactoria, ya que los valores entre .50 y .70 se consideran buenos (Guilford, 1965). Para la muestra rumana, el valor encontrado fue igual a .65.

8.1.2. Estadísticos descriptivos

La media del GHQ-12 en la muestra rumana es igual a 10.99 ($D.T. = 4.34$). La puntuación mínima alcanzada por una persona es 0 y la máxima 28. La asimetría de la distribución es positiva con un valor igual a 4.09 y un apuntamiento igual a 4.60 (distribución leptocúrtica).

8.2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11)

A continuación se describen los resultados de fiabilidad y los estadísticos descriptivos del Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11).

8.2.1. Consistencia interna

Con el Duke-UNC se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de .90 en la muestra rumana, igual que el obtenido por Broadhead et al. (1988). Sin embargo, para la muestra española se obtuvo un índice de fiabilidad de .92 (Bellón et al., 1996).

8.2.2. Estadísticos descriptivos

Los/as participantes de este estudio puntúan entre 11 y 55, que coinciden con el valor mínimo y máximo, respectivamente. La media obtenida es igual a 40.46 ($D.T. = 10.67$). El coeficiente de Fischer, en el caso de la asimetría es igual a -2.72 (asimetría negativa). En el caso de la curtosis, la distribución es aproximadamente mesocúrtica, con un valor igual a -0.04.

8.3. Inventario de conformidad con las normas de género femeninas (CFNI)

En este apartado se detallan los resultados obtenidos al calcular los índices de fiabilidad de cada escala, así como las correlaciones encontradas entre las escalas del CFNI y, por último, los estadísticos descriptivos correspondientes.

8.3.1. Consistencia interna

Los resultados del coeficiente α de Cronbach para el CFNI indican un α total igual a .87 en el caso de la muestra rumana (ver tabla 8.1). Comparando este dato con los datos de las muestras estadounidense (Mahalik et al, 2005) donde el α total fue .88 y española (Sánchez et al., 2009) con un α total igual a .87, se observa que es más bajo al tratarse de una adaptación de la versión original.

8.3.2. Validez interna

Para verificar la validez interna se calculan las correlaciones entre las subescalas del CFNI. Todas las escalas del CFNI correlacionan positivamente con la escala total del CFNI a excepción de la escala 8-Invertir en la imagen cuya correlación es positiva, pero no es estadísticamente significativa (ver tabla 8.2).

Tabla 8.1. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del CFNI en mujeres migrantes rumanas

Escalas CFNI	α rumanas	α España	α EEUU
1. Agradable en las relaciones	.74	.73	.84
2. Cuidadora de niños/as	.85	.86	.92
3. Delgadez	.89	.80	.90
4. Fidelidad sexual	.80	.80	.85
5. Modestia	.54	.65	.82
6. Romántica en las relaciones	.71	.64	.77
7. Doméstica	.80	.75	.84
8. Invertir en la imagen	.71	.68	.82
Total	.87	.87	.88

8.3.3. Estadísticos descriptivos

En la tabla 8.3 se presentan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y apuntamiento del Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI).

Tabla 8.2. Correlaciones entre las escalas del CFNI

	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2	.32							
3	.01	.23						
4	.06	.30	.30					
5	-.08	.24	.16	.12				
6	.08	.09	.01	.06	.21			
7	.30	.63	.18	.13	.05	.16		
8	-.07	.05	-.01	-.22	.12	.01	.31	
Total	.45	.75	.57	.52	.38	.35	.66	.19

Nota: * $p < .05$ - naranja; ** $p < .01$ malva, en blanco no hay correlación estadísticamente significativa

1= Agradable en las relaciones, 2 = Cuidadora de niños/as, 3 = Delgadez, 4 = Fidelidad sexual, 5 = Modestia, 6 = Romántica en las relaciones, 7 = Doméstica, 8 = Invertir en la imagen

Las medias de las escalas van de 11.37 (Invertir en la imagen) a 34.15 (Agradable en las relaciones). La asimetría es negativa en las escalas Cuidadora de niños/as, Delgadez, Fidelidad sexual, Doméstica e Invertir en la imagen y positiva en Agradable en las relaciones, Modestia y Romántica en las relaciones. Los índices de apuntamiento revelan que las distribuciones de las escalas Modestia, Doméstica e Invertir en la imagen son leptocúrticas, siendo las demás platicúrticas (ver tabla 8.3).

Tabla 8.3. Estadísticos descriptivos del CFNI en mujeres migrantes rumanas

Escalas CFNI	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Apuntamiento
1. Agradable en las relaciones	34.15	5.76	24 (0)	48(54)	1.10	-0.54
2. Cuidadora de niños/as	23.48	6.38	11(0)	36(36)	-0.33	-1.14
3. Delgadez	17.77	7.13	1(0)	31(33)	-0.77	-0.05
4. Fidelidad sexual	21.29	6.00	7(0)	30(30)	-1.12	-1.14
5. Modestia	13.60	3.36	4(0)	22(27)	0.68	1.44
6. Romántica en las relaciones	16.90	4.26	8(0)	26(27)	0.38	-0.55
7. Doméstica	18.60	3.72	6(0)	24(24)	-2.62	1.88
8. Invertir en la imagen	11.37	3.78	3(0)	20(21)	-0.25	0.11
Total	157.15	20.51	110(0)	205(252)	0.57	-0.50

Nota: $n = 52$. Entre paréntesis se señalan los valores mínimos y máximos teniendo en cuenta todos los ítems de cada escala

8.4. Inventario de conformidad con las normas de género masculinas (CMNI)

Se presentan los resultados obtenidos para el CMNI (consistencia interna, validez interna y estadísticos).

Tabla 8.4. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del CMNI en hombres migrantes rumanos

Escalas CMNI	α rumanos	α España	α EEUU
1. Ganar	.53	.75	.88
2. Control emocional	.79	.79	.91
3. Conductas de riesgo	.63	.67	.82
4. Violencia	.51	.70	.84
5. Poder sobre las mujeres	.80	.76	.87
6. Dominancia	.45	.66	.73
7. Donjuanismo	.84	.75	.88
8. Independencia	.75	.67	.85
9. Primacía del trabajo	.82	.68	.76
10. Desprecio hacia la homosexualidad	.79	.81	.90
11. Búsqueda de posición social	.67	.64	.72
Total	.82	.89	.94

8.4.1. Consistencia interna

En el caso del CMNI, los resultados muestran que α total alcanza un valor igual a .82, pero más bajo que el que se obtuvo para la versión original del instrumento (Mahalik et al., 2003) o el calculado para la muestra española (Cuéllar, Sánchez-López y Dresch, 2011). En la versión original, el α total fue .94 y, en la muestra española, el indicador tomó el valor de .89 (ver tabla 8.4).

8.4.2. Validez interna

En cuanto a las correlaciones entre escalas, los resultados indican que las escalas correlacionan positivamente con el total, salvo en el caso de la escala Dominancia, que correlaciona negativamente, pero dicha correlación no es estadísticamente significativa. En algunos casos, aunque la correlación es positiva, no es estadísticamente significativa (ver tabla 8.5).

Tabla 8.5. Correlaciones entre las subescalas del CMNI

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2	.31										
3	.02	-.17									
4	.25	.26	-.22								
5	.30	.24	-.29	.53							
6	.19	-.15	.31	-.23	-.30						
7	.32	.42	.16	.37	.39	-.30					
8	.22	.52	-.21	.14	.46	-.38	.42				
9	.21	.04	.11	.20	-.15	.24	-.08	-.30			
10	-.28	-.25	-.35	.01	.37	-.22	-.20	.13	-.21		
11	.28	.03	.04	.20	.33	-.17	.30	.14	-.03	.07	
Total	.56	.54	.02	.59	.70	-.16	.71**	.53**	.20	.12	.47

Nota: * $p < .05$ - naranja; ** $p < .01$ malva, en blanco no hay correlación estadísticamente significativa
 1= Ganar, 2= Control Emocional, 3= Conductas de Riesgo, 4= Violencia, 5= Poder sobre las mujeres, 6=Dominancia, 7= Donjuanismo, 8= Independencia, 9= Primacía del Trabajo, 10= Desprecio hacia la homosexualidad, 11= Búsqueda de Posición Social

8.4.3. Estadísticos descriptivos

En la tabla 8.6 se pueden observar los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y apuntamiento del Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI).

Tal como se puede observar, las escalas del CMNI tienen una distribución negativa con una curtosis platicúrtica en el caso de las escalas 1-Ganar, 4-Violencia, 5-Poder sobre las mujeres, 7-Donjuanismo y 8-Independencia. Las demás escalas tienen una distribución leptocúrtica.

Tabla 8.6. Estadísticos descriptivos del CMNI en hombres migrantes rumanos

Escalas CMNI	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1. Ganar	15.41	3.5	7(0)	22(30)	-0.43	-0.31
2. Control emocional	15.54	4.63	3(0)	27(33)	-1.23	1.99
3. Conductas de riesgo	16.46	3.45	9(0)	26(30)	1.15	0.39
4. Violencia	7.85	3.28	1(0)	15(24)	-0.70	-0.61
5. Poder sobre las mujeres	8.82	3.95	1(0)	17(27)	-0.70	-0.28
6. Dominancia	7.69	1.54	5(0)	12(12)	-0.65	0.79
7. Donjuanismo	12.41	6.05	1(0)	26(36)	1.57	-0.43
8. Independencia	6.59	2.77	0(0)	11(18)	-0.16	-0.21
9. Primacía del trabajo	11.31	4.32	1(0)	21(24)	-0.53	0.36
10. Desprecio hacia la homosexualidad	17.03	5.78	0(0)	29(30)	-0.30	2.28
11. Búsqueda de posición social	9.36	2.80	2(0)	16(18)	-1.83	0.56
Total	128.46	17.59	97(0)	164(282)	-0.13	-1.30

Nota: $n = 39$. Entre paréntesis se señalan los valores mínimos y máximos en función de los ítems de cada escala

8.5. Inventario de estilos de personalidad de Millon

A continuación se describen los índices de fiabilidad de cada una de las 24 escalas del MIPS y los estadísticos descriptivos correspondientes.

8.5.1. Consistencia interna

Los índices de consistencia interna α de Cronbach presentan un promedio de .71, con valores α aceptables que oscilan entre .50 (5B-Intuición) y .84 (9A-Indecisión). Al comparar estos datos con los encontrados en la población estadounidense (Millon, 1994, 2004), en la versión original del cuestionario, se obtiene un coeficiente α promedio de .78 para la muestra total, con un mínimo de .69 en la escala 7B-Innovación y un valor máximo de .85 en 9A-Indecisión. En la adaptación española, el promedio encontrado es de .72 (Sánchez et al., 2004).

Tabla 8.7. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS

Escalas MIPS	α rumanos/as	α españoles/as	α estadounidenses
1A Expansión	.78	.70	.78
1B Preservación	.81	.81	.84
2A Modificación	.78	.73	.83
2B Adecuación	.78	.73	.82
3A Individualidad	.63	.69	.75
3B Protección	.65	.71	.73
4A Extraversión	.79	.75	.82
4B Introversión	.71	.71	.77
5A Sensación	.59	.67	.71
5B Intuición	.50	.69	.72
6A Pensamiento	.68	.71	.74
6B Sentimiento	.58	.74	.76
7A Sistematización	.80	.78	.82
7B Innovación	.47	.70	.69
8A Retraimiento	.76	.72	.78
8B Sociabilidad	.81	.78	.83
9A Indecisión	.84	.81	.85
9B Decisión	.81	.77	.83
10A Discrepancia	.72	.71	.77
10B Conformismo	.76	.72	.77
11A Sumisión	.71	.68	.74
11B Dominio	.71	.66	.76
12A Descontento	.74	.74	.79
12B Aquiescencia	.55	.73	.78
Promedio	.71	.72	.78

8.5.2. Validez interna

En la tabla 8.8. se presenta la matriz de las correlaciones entre las escalas del MIPS. Se encontraron correlaciones positivas elevadas entre los constructos teóricamente relacionados (1B-Preservación y 9A-Indecisión, $r = .80$), correlaciones negativas elevadas entre constructos teóricamente discordantes (1A-Expansión y 1B-Preservación, $r = -.85$; 12B-Aquiescencia y 11B-Dominio, $r = -.63$) y correlaciones muy próximas o iguales a cero entre constructos teóricamente no relacionados (5B-Intuición y 9B-Decisión). De esta forma, estos resultados sostienen la teoría propuesta por Theodore Millon.

Tabla 8.8. Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en el grupo total de rumanos/as migrantes

	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B	6A	6B	7A	7B	8A	8B	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	12B
1A																								
1B	-.85																							
2A	.59	-.47																						
2B	-.58	.56	-.82																					
3A	-.12	.12	.16	.05																				
3B	.34	-.22	.40	-.33	-.54																			
4A	.66	-.59	.60	-.60	-.15	.52																		
4B	-.58	.57	-.39	.60	.24	-.31	-.80																	
5A	-.01	-.008	.14	-.07	-.09	.07	-.09	.18																
5B	-.02	.12	.05	.02	.19	.02	.11	-.02	-.67															
6A	.28	-.25	.44	-.24	.44	-.14	-.011	.13	.26	-.20														
6B	-.09	.21	.02	.09	-.31	.66	.24	-.007	-.08	.37	-.50													
7A	.50	-.47	.79	-.71	-.07	.40	.43	-.27	.32	-.22	.36	.05												
7B	.07	.05	.17	-.006	.35	-.05	.35	-.13	-.33	.62	-.06	.23	-.27											
8A	-.69	.63	-.48	.58	.26	-.42	-.85	.82	.14	-.08	.08	-.08	-.35	-.20										
8B	.71	-.57	.85	-.73	.15	.40	.78	-.57	-.04	.12	.41	.04	.64	.29	-.68									
9A	-.77	.80	-.52	.65	.14	-.31	-.76	.76	.09	.009	-.11	.10	-.46	-.06	.69	-.66								
9B	.70	-.58	.83	-.78	.18	.33	.67	-.53	.02	.08	.44	-.06	.68	.18	-.56	.87	-.73							
10A	-.60	.63	-.28	.50	.60	-.45	-.48	.57	-.008	.16	.12	-.04	-.42	.35	.63	-.32	.62	-.37						
10B	.52	-.43	.74	-.58	-.11	.50	.41	-.20	.43	-.17	.44	.14	.78	-.11	-.29	.63	-.42	.67	-.41					
11A	-.66	.65	-.50	.58	-.07	-.08	-.49	.53	.005	.13	-.21	.24	-.49	.08	.54	-.54	.71	-.67	.56	-.34				
11B	.25	-.17	.49	-.35	.59	-.001	.27	-.13	-.11	.26	.48	-.10	.28	.39	-.11	.55	-.26	.65	.24	.25	-.36			
12A	-.69	.71	-.32	.46	.38	-.44	-.54	.58	.13	.02	.06	-.07	-.35	.19	.65	-.39	.67	-.42	.81	-.31	.59	.05		
12B	-.02	.02	-.22	.14	-.75	.57	-.02	-.02	.09	-.11	-.46	.54	.02	-.38	-.03	-.26	.05	-.32	-.39	.13	.27	-.63	-.30	

Nota. Sombreado en malva: correlación significativa al nivel .01; en naranja: correlación significativa al nivel .05; en blanco: no son significativos

8.5.3. Estadísticos descriptivos

Se presentan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y curtosis del Inventario de estilos de personalidad de Millon en la tabla 8.9. La asimetría se calcula con el coeficiente de Fisher.

Tabla 8.9. Estadísticos descriptivos del MIPS en totales

Escalas MIPS	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1A. Expansión	23.47	7.99	4	37	-1.44	-1.08
1B. Preservación	19.91	10.45	2	45	1.24	-1.47
2A. Modificación	30.86	9.07	6	46	-2.20	-0.85
2B. Adecuación	19.87	10.23	3	43	1.59	-1.13
3A. Individualismo	21.62	7.39	4	39	0.05	-1.01
3B. Protección	30.36	7.96	11	43	-1.76	-0.99
4A. Extraversión	26.43	8.61	7	41	-2.57	-1.01
4B. Introversión	11.74	7.06	0	28	1.69	-1.45
5A. Sensación	19.17	5.59	3	28	-3.04	0.29
5B. Intuición	23.08	6.61	10	41	1.61	-0.34
6A. Pensamiento	21.22	8.18	4	40	-0.59	-0.85
6B. Sentimiento	29.89	7.13	12	45	-0.66	-0.67
7A. Sistematización	39.34	10.79	10	55	-2.69	-0.11
7B. Innovación	27.25	6.92	10	46	1.39	-0.11
8A. Retraimiento	22.76	9.58	5	45	0.93	-1.09
8B. Sociabilidad	34.49	11.29	9	56	-1.85	-1.24
9A. Indecisión	18.87	11.54	1	47	1.55	-1.38
9B. Decisión	32.48	11.30	10	54	-0.88	-1.74
10A. Discrepancia	24.25	9.67	2	51	1.04	-0.17
10B. Conformismo	41.74	9.85	16	59	-2.19	0.04
11A. Sumisión	19.88	8.53	4	38	0.62	-1.51
11B. Dominio	22.80	8.15	6	44	1.31	-0.93
12A. Descontento	28.78	9.64	6	49	-0.46	-0.92
12B. Aquiescencia	33.99	7.65	15	51	0.20	-0.86

Nota: *N* = 91

Tal como se observa en esta tabla, las medias de las escalas oscilan entre 11.74 (escala 4B-Introversión) y 41.74 (escala 10B-Conformismo). 2A-Modificación, 4A-Extraversión, 7A-Sistematización y 10B-Conformismo son las escalas que tienen asimetría negativa. En el caso de las demás escalas, los valores de asimetría se encuentran entre -1.96 y +1.96. La mitad de las escalas tienen una asimetría positiva mientras que la otra mitad, tienen una asimetría negativa. Los índices de curtosis revelan que las escalas de personalidad tienen una distribución platycúrtica a excepción de las escalas 5A-Sensación y 10B-Conformismo cuyas distribuciones son leptocúrticas.

ESTUDIO II ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LOS INSTRUMENTOS

Después de realizar el análisis psicométrico de los instrumentos traducidos al rumano y aplicarlos a los/as migrantes rumanos/as residentes en España y comprobar que, tal como se esperaba, estos instrumentos son satisfactorios desde el punto de vista psicométrico, se amplía el grupo de participantes a rumanos/as residentes en Rumania. El Estudio II está formado por dos capítulos: el capítulo 9 y el capítulo 10. En el capítulo 9 se describe el método este estudio. En el capítulo 10 se describen los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados.

9.MÉTODO (ESTUDIO II)

En este capítulo se presenta el método para el Estudio II.

9.1. Objetivo e hipótesis

Para este Estudio II, se plantea el siguiente objetivo e hipótesis:

Objetivo. Analizar si la validez estructural de los instrumentos traducidos y adaptados en el Estudio piloto coincide con la estructura factorial propuesta por los/as autores/as de dichos instrumentos. Asimismo, se estudian la consistencia interna y la validez interna.

Hipótesis 1.1: *El análisis de la validez estructural y de los índices psicométricos del GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI y MIPS permitirá su uso como medida de las variables empleadas en su versión rumana.*

Este objetivo se considera un paso más en el proceso de adaptación de los instrumentos utilizados puesto que, de esta forma, se comprueba la validez estructural de estos en la población objeto de estudio. En el caso de algunos instrumentos, la estructura factorial es un tema muy debatido. Por ejemplo, el GHQ-12 ha sido traducido a más de 38 idiomas y hay estudios que sostienen que tiene una estructura de 2 factores (Gureje, 1991; Kihç et al., 1997; Picardi, Abeni y Pasquini, 2001; Politi, Piccinelli y Wilkinson, 1994; Schmitz, Kruse y Tress, 1999; Werneke et al., 2000) y otros que describen la existencia de tres factores (Campbell, Walker y Farrell, 2003; French y Tait, 2004; Graetz, 1991; Sánchez-López y Dresch, 2008). Por otro lado, hay autores que recomiendan utilizar el GHQ-12 como un instrumento de cribado unidimensional (Gao et. al, 2004; Hankins, 2008a, 2008b; Rocha et al., 2011).

En cuanto al Duke-UNC, las diferentes investigaciones llevadas a cabo demuestran una estructura bifactorial del instrumento (Ayala et al., 2012; Bellón et al., 1996; De la Revilla et al., 1991) aunque no siempre coincide la estructura de los factores. Pero también hay estudios que demuestran que este instrumento se puede utilizar considerando una estructura factorial única (por ejemplo, Piña y Rivera, 2007).

El CMNI (Mahalik et al., 2003) y el CFNI (Mahalik et al., 2005) se construyen a partir de la identificación de las normas de género masculinas y femeninas. Posteriormente, teniendo en cuenta los resultados del análisis factorial exploratorio, se seleccionan 11 factores en el caso del CMNI y 8, en el caso del CFNI. En este estudio se estudia la composición de los factores en el grupo de participantes rumanos/as.

Según la teoría de Millon (1994), existen constructos de personalidad que están relacionados entre sí, de tal modo que podrían usarse ítems iguales para medirlos. Por ello, las diferentes escalas del MIPS comparten ítems con diferentes pesos, en función de las correlaciones obtenidas con los rasgos de personalidad. La superposición de los ítems impide que el inventario pueda ser sometido al análisis factorial. El hecho de que no sometiera el instrumento a AFE, a Millon le ha supuesto algunos detractores. Sin embargo, la compleja construcción del inventario y la comprobación de los índices psicométricos aportan suficientes datos para el uso del MIPS como medida de personalidad.

9.2. Participantes

En este estudio, el grupo de participantes está formado por 648 personas (429 mujeres y 219 hombres) con un rango de edad comprendido entre los 18 y los 78 años (*D.T.* = 11.12). En la tabla 9.1 se presentan estos datos desglosados por sexos.

En cuanto al estado civil, el 59.7% de las/os participantes están casadas/os, el 32% están solteras/os, el 2.9% separadas/os o divorciadas/os, 4.8% vive con su pareja y, por último, el 0.6% se ha quedado viudo/a. El 28.4% de las/os participantes tienen hijos/as mientras que el 71.6% no tiene descendencia. Sólo el 0.2% de las personas que participan en este estudio tienen estudios primarios, el 2.3% cuenta con estudios secundarios, el 24.7% tienen estudios de bachillerato mientras que el 55.6% tienen estudios universitarios y un 17.2%, estudios de posgrado. De todos/as los/as participantes, el 55.5% trabajan, el 37.8% se dedican a estudiar mientras que el resto de porcentaje se divide entre las personas que se dedican a las labores domésticas, el 3.2% está jubilado/a y únicamente el 1.4% se encuentran desempleadas. Aproximadamente la mayoría (87.9%) de las personas declaran ser ortodoxas, el 4.2% protestantes, el 1.4 son católicas, el 1.5% agnósticas y 3.5% son ateas. El 1.4% declara tener otras religiones que no especifican. La mayoría refiere tener un nivel socioeconómico que se reparte

entre medio bajo y medio alto, mientras que un 6.2% refiere un nivel bajo y el 1.4% restante, alto.

Tabla 9.1. Características sociodemográficas de los/as rumanos/as residentes en Rumanía

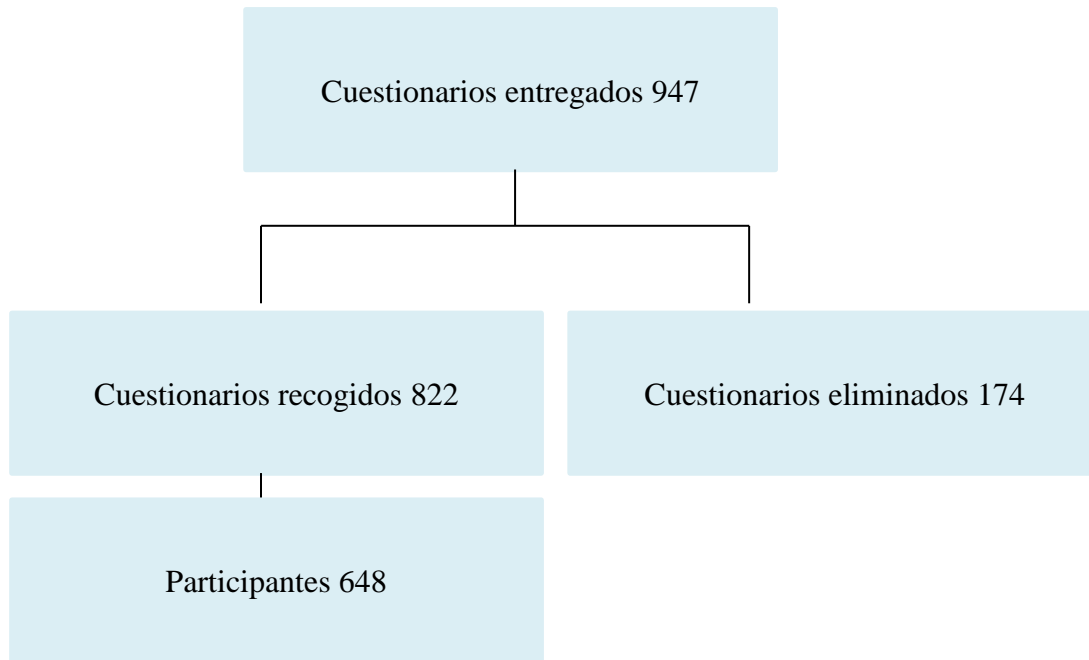
	♀ (n = 429)		♂ (n = 219)		Total (N = 648)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Estado civil						
Solteras/os	249	58	137	62.8	386	58
Casadas/os	140	32.6	67	30.7	207	32.6
Separada/ o divorciada/o	16	3.7	3	1.4	19	3.7
Convive en pareja	21	4.9	10	4.6	31	4.9
Viuda/o	3	0.7	1	0.5	4	0.7
Hijas e hijos						
Sí	121	28.4	62	28.3	183	28.4
No	305	71.6	157	71.7	462	71.6
Nivel educativo						
Primarios	0	0	1	0.5	1	0
Secundarios	5	1.2	10	4.6	15	1.2
Bachillerato	83	19.3	77	35.3	160	19.3
Estudios universitarios	258	60.1	102	46.6	360	60.1
Estudios de posgrado	83	19.3	28	12.8	111	19.3
Situación laboral						
Trabajo	243	57	115	52.5	358	57
Ama de casa	7	1.6	6	2.7	13	1.6
Estudiante	158	37.1	86	39.3	244	37.1
En desempleo	6	1.4	3	1.4	9	1.4
Jubilada/o	12	2.8	9	4.1	21	2.8
Religión						
Ortodoxa	388	90.7	181	82.6	569	90.7
Protestante	18	4.2	9	4.1	27	4.2
Católica	4	0.9	5	2.3	9	0.9
Agnosticismo	2	0.5	8	3.7	10	0.5
Ateo/a	12	2.8	11	5	23	2.8
Otra	4	0.9	5	2.3	9	0.9
Nivel socioeconómico						
Bajo	24	5.6	16	7.3	40	5.6
Medio-bajo	184	42.9	91	41.6	275	42.9
Medio-alto	215	50.1	109	49.8	324	50.1
Alto	6	1.4	3	1.4	9	1.4
Edad	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
	29.37	10.54	29.97	12.19	29.57	11.12
Rango	18-71		18-78		18-78	

487 personas son de Bucarest y el resto de ciudades como Braşov, Cluj-Napoca, Călăraşi, Alexandria, etc.

9.3. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio están descritos en el apartado 7.3. Instrumentos del *Estudio I. Traducción de los instrumentos* (págs.134-143).

Figura 9.1. Número de participantes



9.4. Procedimiento

Para contactar con los/as participantes se ha utilizado un procedimiento no probabilístico. De esta forma, a los/as participantes se les pedía identificar otros/as participantes, utilizándose la técnica “bola de nieve”. Asimismo, se contactó con varias universidades (como por ejemplo, la Universidad de Medicina y Farmacia “Carol Davila” de Bucarest, la Universidad de Bucarest y la Universidad Ecológica de Bucarest). En todos los casos, los instrumentos fueron administrados con una portada en la que se explicaban las instrucciones a seguir. Después de explicar el objetivo del estudio, todas las personas que participaron dieron su consentimiento informado. Se garantizaba el anonimato de los datos. Fueron entregados 947 protocolos, de los cuales 125 no han sido devueltos y 174 han sido eliminados de la base de datos por no cumplir

el índice de consistencia del MIPS (índice de consistencia <3) tal como se puede observar en la figura 9.1.

9.5. Análisis de datos

Los análisis de datos han sido realizados con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows (IBM Corporation, 2013) y el *software* FACTOR 9.30 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006). El FACTOR es un software de libre acceso, disponible en la website <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/Download.html>. Se puede utilizar desde un archivo ejecutable, por lo tanto no requiere instalación. La velocidad de realización de los cálculos llevados a cabo tienen relación con la capacidad de memoria de la PC que se utilice, por eso, su uso se puede ver dificultado por el tiempo de espera. Este software requiere que los datos estén en un archivo .dat.

Para comprobar la estructura subyacente del CFNI y CMNI, se realiza el análisis factorial exploratorio utilizando el método de extracción ejes principales con una rotación oblimin directo. Se utiliza el mismo tipo de análisis factorial que llevaron a cabo los/as autores/as del instrumento en población estadounidense (Mahalik et al., 2005) y que también se utilizó en la adaptación de este instrumento al español (Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch, 2011; Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch y Aparicio, 2009). Se considera que este método de extracción es recomendable cuando los ítems no cumplen el supuesto de normalidad (Fabrigar et al. 1999).

En el caso del GHQ-12, se tienen en cuenta las indicaciones de Graetz (1991) sobre los resultados de la extracción ortogonal y para el AFE se lleva a cabo el análisis de máxima verosimilitud con una rotación *oblimin* directo. Debido a que los resultados no indicaban una estructura factorial fácil de interpretar y, teniendo en cuenta que el análisis de máxima verosimilitud, en ocasiones, puede llevar a la sobrefactorización (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014) se toma la decisión de aplicar un AFE empleando el *software* FACTOR. En primer lugar se realiza dicho análisis sin especificar el número de factores a retener. Dicho procedimiento permite apreciar el número de dimensiones que se tendrían que utilizar.

Últimamente se han publicado diferentes artículos sobre la utilización inadecuada del análisis de componentes principales para el AFE (por ejemplo Izquierdo, Olea y Abad, 2014; Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). Por eso, a la hora de estudiar la estructura factorial del Duke-UNC-11 se decide

llevar a cabo el AFE a través del SPSS (método de extracción componentes principales con rotación ortogonal varimax) y, posteriormente, un nuevo análisis factorial empleando el *software* FACTOR. Igual que en el caso anterior, en primer lugar, se realiza el AFE sin especificar el número de factores para ver cuántos factores recomienda este software. Según los resultados obtenidos, el *software* recomienda retener una única dimensión. En segundo lugar, se repite el procedimiento, esta vez indicando un único factor a retener.

Antes de realizar el análisis factorial se calculan el test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación muestral a partir del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que permite analizar si la aplicación del análisis factorial resulta pertinente. Si el test de esfericidad de Bartlett es estadísticamente significativo y el índice KMO está por encima de .50, entonces la aplicación del análisis factorial resulta pertinente (Beavers et al., 2013).

10.RESULTADOS (ESTUDIO II)

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el presente trabajo según el objetivo y la hipótesis planteados en el apartado apartado 9.1. Objetivo e hipótesis (págs. 156-157).

***Hipótesis 1.1:** El análisis de la validez estructural y de los índices psicométricos del GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI y MIPS permitirá su uso como medida de las variables empleadas en su versión rumana.*

10.1. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)

En los apartados siguientes se presentan los resultados de los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos e índices de asimetría y curtosis, el AFE y el coeficiente de fiabilidad del GHQ-12.

10.1.1. Estadísticos descriptivos de los ítems

Todos los ítems del GHQ-12 tienen índices de curtosis y asimetría dentro de los valores permitidos tal como se puede observar en la tabla 10.1.

Tabla 10.1. Estadísticos descriptivos del GHQ-12 en mujeres y hombres rumanas/os residentes en Rumanía

Ítems	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1	1.15	0.62	0	3	0.64	1.20
2	1.05	0.98	0	3	0.53	-0.78
3	0.97	0.74	0	3	0.75	0.82
4	0.92	0.64	0	3	0.64	1.42
5	1.23	0.90	0	3	0.31	-0.68
6	1.33	0.93	0	3	0.29	-0.77
7	1.07	0.71	0	3	0.46	0.33
8	1.03	0.67	0	3	0.56	0.89
9	0.71	0.84	0	3	1.01	0.26
10	0.49	0.73	0	3	1.47	1.70
11	0.29	0.65	0	3	2.42	5.57
12	0.94	0.69	0	3	0.68	1.04

10.1.2. Análisis factorial exploratorio

Los valores de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .88$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{66} = 2387.71$, $p < .000$) indican que el análisis factorial exploratorio es pertinente con los datos del grupo de participantes.

Teniendo en cuenta las indicaciones de Graetz (1991) sobre los resultados de la extracción ortogonal, se efectúa el análisis de máxima verosimilitud con una rotación *oblimin* directo. Los resultados obtenidos se encuentran en la tabla 10.2.

A partir del análisis factorial exploratorio efectuado con el SPSS se observa que hay 2 autovalores mayores que 1, por lo que el procedimiento extrae 2 factores que consiguen explicar un 42.21% de la varianza de los datos originales. De esta forma, los ítems 2, 5, 6, 8, 9 y 10 se agruparían en el primer factor. Tal como se puede observar en la tabla 10.2, en el segundo factor, saturan todos los ítems, por lo que estos resultados apuntan a que la estructura factorial de los ítems se podrían agrupar en un único factor. Los ítems que componen cada factor fueron seleccionados a partir de saturaciones con valores iguales o superiores a $|.30|$ (Catell, 1988; McDonald, 1985).

Tabla 10.2. Análisis factorial exploratorio: saturaciones de los ítems utilizando la técnica de máxima verosimilitud (extracción) y *oblimin* directo (rotación)

LOS ITEMS DEL GHQ-12	FACTOR 1	FACTOR 2
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?		.43
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	.31	.41
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?		.59
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?		.53
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	-.99	-.40
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	-.55	-.52
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?		.60
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	.30	.67
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	.32	.67
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	.34	.73
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?		.65
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?		.63

Teniendo en cuenta que el análisis de máxima verosimilitud, en ocasiones, puede llevar a la sobrefactorización (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014) y viendo los resultados del presente estudio, se toma la decisión de aplicar un AFE (análisis paralelo y rotación Promin) empleando el *software* FACTOR. En primer lugar se realiza dicho análisis sin especificar el número de factores

a retener. Dicho procedimiento permite según los índices empleados por el propio *software* recomendar el número de dimensiones que se tendrían que utilizar. En este caso, el propio programa establece que el número recomendado es de una dimensión. Por lo que este factor alcanza a explicar el 46.46% de la varianza de los ítems.

10.1.3. Consistencia interna

El valor α de Cronbach del GHQ-12 es igual a .64, cuando se calcula con el SPSS. Cuando se calcula con el FACTOR, el coeficiente Ω de fiabilidad es igual a .90.

10.2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11)

A continuación se presentan los datos correspondientes a los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos y los coeficientes de asimetría y curtosis, AFE y el coeficiente de fiabilidad.

10.2.1. Estadísticos descriptivos de los ítems

En la tabla 10.3 se presentan la media, desviación típica, los valores mínimos y máximos y los coeficientes de asimetría y curtosis de los ítems del Duke-UNC-11.

Tabla 10.3. Estadísticos descriptivos de los ítems del Duke-UNC						
Ítems	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1.	4.00	1.07	1	5	-1.00	0.32
2.	4.05	1.04	1	5	-1.08	0.49
3.	4.15	1.08	1	5	-1.28	0.92
4.	4.07	1.16	1	5	-1.19	0.45
5.	4.05	1.14	1	5	-1.09	0.27
6.	3.81	1.11	1	5	-0.78	-0.1
7.	3.87	1.06	1	5	-0.83	0.14
8.	4.32	1.00	1	5	-1.59	1.93
9.	3.80	1.18	1	5	-0.78	-0.33
10.	3.74	1.21	1	5	-0.73	-0.46
11.	3.70	1.16	1	5	-0.66	-0.41

10.2.2. Análisis factorial exploratorio

Los resultados del test de esfericidad de Bartlett y el test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) muestran valores de 0.911 y $\chi^2_{55} = 3420.458$ ($p < .000$) respectivamente, con lo que se verifica la idoneidad de la estructura de la matriz de correlaciones y, en consecuencia, la viabilidad de la realización del análisis factorial. En primer lugar se realiza el AFE utilizando el SPSS (análisis de componentes principales con rotación ortogonal varimax, las mismas técnicas que en los estudios anteriores).

El análisis factorial revela la existencia de un único factor que explica el 50.70% de la varianza total del apoyo social percibido. Debido a que últimamente se han publicado diferentes artículos sobre la utilización inadecuada del análisis de componentes principales para el AFE (por ejemplo, Izquierdo, Olea y Abad, 2014; Lloret-Segura et al., 2014;), se decide llevar a cabo un nuevo análisis factorial empleando el *software* Factor. En primer lugar, se lleva a cabo el análisis factorial sin especificar el número de factores para ver cuántos factores recomienda este *software*. Según los resultados obtenidos, el *software* recomienda retener una única dimensión. En segundo lugar, se repite el procedimiento, esta vez indicando un único factor a retener. El factor explica el 50.57% de la varianza.

10.2.3. Consistencia interna

El α de Cronbach es igual a .90, cuando se calcula con el SPSS y el coeficiente Ω es .91 cuando se calcula con FACTOR.

10.3. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)

A continuación se presentan los resultados del AFE, la validez interna y los coeficientes de fiabilidad del CFNI.

10.3.1. Estadísticos descriptivos de los ítems

Previamente a la realización del AFE es conveniente revisar la asimetría y curtosis de los ítems (Brown, 2006). Hay autores que recomiendan que los coeficientes de asimetría y curtosis tienen que tomar valores entre -1 y 1 (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010), otros autores son más flexibles y consideran valores aceptables entre -1.5 y 1.5 (Forero,

Maydeu-Olivares y Gallardo-Pujol, 2009), o incluso entre -2 y 2 (Muthén y Kaplan, 1985). En la tabla 10.4 se presentan los valores de los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y curtosis de los ítems del CFNI. Por lo que se puede observar, hay ítems cuyos índices de curtosis sobrepasan los valores admitidos.

Tabla 10.4. Estadísticos descriptivos del CFNI en mujeres rumanas residentes en Rumanía

Ítems	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1	2.21	0.63	0	3	-0.66	1.48
2	1.55	0.90	0	3	-0.16	-0.73
3	1.50	1.07	0	3	-0.03	-1.22
4	1.92	1.11	0	3	-0.53	-1.12
5	1.33	0.79	0	3	0.13	-0.44
6	2.19	0.72	0	3	-0.42	-0.43
7	2.62	0.61	0	3	-1.74	3.63
8	1.39	0.88	0	3	0.42	-0.51
9	1.77	0.63	0	3	-0.40	-0.38
10	1.80	0.86	0	3	-0.59	0.33
11	2.17	0.92	0	3	-0.54	-0.12
12	1.81	0.86	0	3	-0.01	-0.74
13	1.39	0.77	0	3	0.05	-0.55
14	2.49	0.70	0	3	-1.49	2.18
15	1.59	0.76	0	3	-0.07	-0.50
16	2.16	0.74	0	3	-0.79	2.08
17	1.91	0.75	0	3	-0.44	-1.07
18	2.42	0.79	0	3	-0.73	0.1
19	1.89	0.75	0	3	-0.36	0.44
20	2.30	0.83	0	3	-0.22	-0.16
21	1.84	0.72	0	3	-0.36	-0.35
22	1.76	0.71	0	3	-0.41	-0.82
23	1.05	0.82	0	3	0.37	0.67
24	1.32	0.77	0	3	0.17	-0.26
25	1.75	0.70	0	3	-0.21	-0.04
26	1.22	0.65	0	3	0.30	0.21
27	2.33	0.85	0	3	-0.59	0.22
28	1.86	0.94	0	3	-0.37	0.37
29	1.93	1.05	0	3	-0.47	-0.32
30	1.84	0.64	0	3	-0.27	-0.51
31	2.22	0.63	0	3	-0.21	0.38
32	1.95	0.66	0	3	-0.53	-0.66
33	2.05	0.58	0	3	-0.06	0.65
34	1.32	0.82	0	3	0.33	-0.76
35	2.30	0.74	0	3	-0.90	-0.17
36	1.35	0.82	0	3	0.00	-0.30
37	2.04	0.98	0	3	-0.36	-0.17
38	1.77	0.70	0	3	-0.28	-0.45
39	1.43	0.93	0	3	0.14	-1.02
40	1.42	0.64	0	3	0.20	-1.13
41	1.98	0.80	0	3	-0.66	0.35
42	1.44	0.82	0	3	0.14	-0.42
43	2.41	0.80	0	3	-0.79	0.37
44	1.85	0.73	0	3	-0.43	-0.62
45	1.57	0.80	0	3	-0.05	-0.63
46	2.18	0.76	0	3	-0.70	0.05
47	1.61	0.69	0	3	-0.13	-0.18

48	1.42	0.69	0	3	0.34	-0.22
49	2.33	0.66	0	3	-1.05	0.91
50	1.72	0.64	0	3	-0.01	-0.34
51	1.92	0.77	0	3	-0.30	-0.30
52	2.22	0.72	0	3	-0.76	0.83
53	2.12	0.68	0	3	-0.81	0.18
54	1.60	0.84	0	3	-0.10	-0.88
55	1.00	0.83	0	3	0.55	1.16
56	1.74	0.52	0	3	-0.00	-0.48
57	1.84	0.69	0	3	-0.46	-0.17
58	1.12	0.93	0	3	0.44	0.32
59	1.72	0.83	0	3	0.05	-1.09
60	1.46	0.59	0	3	0.39	-0.40
61	2.03	0.69	0	3	-0.54	-0.27
62	1.72	0.94	0	3	-0.09	-0.55
63	1.77	0.55	0	3	-0.14	-0.30
64	1.67	0.94	0	3	-0.26	-0.35
65	2.44	0.82	0	3	-1.12	0.93
66	2.13	0.72	0	3	-0.65	0.05
67	2.35	0.74	0	3	-1.12	1.32
68	2.36	0.59	0	3	-1.28	1.05
69	2.76	0.71	0	3	-2.37	6.68
70	1.12	0.83	0	3	0.70	1.00
71	1.92	0.82	0	3	-0.44	-0.73
72	1.36	0.79	0	3	0.13	-0.15
73	2.52	0.78	0	3	-0.90	0.63
74	2.37	0.81	0	3	-1.00	0.82
75	2.18	0.65	0	3	-0.87	0.28
76	2.13	0.72	0	3	-0.59	-0.27
77	1.55	0.99	0	3	0.01	-0.43
78	1.84	1.04	0	3	-0.22	-0.50
79	2.15	0.75	0	3	-0.59	1.02
80	2.34	0.78	0	3	-1.05	1.31
81	1.53	0.74	0	3	-0.11	-0.31
82	1.00	0.66	0	3	0.53	0.22
83	1.62	0.71	0	3	-0.20	-0.08
84	2.27	0.81	0	3	-0.82	0.69

Nota. $n = 429$

10.3.2. Análisis factorial exploratorio de los ítems

Para comprobar la estructura subyacente del inventario, se realiza el análisis factorial exploratorio utilizando el método de extracción ejes principales con una rotación oblimin directo. Anteriormente, se comprueba si se cumple el supuesto de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) de los ítems y tal como se esperaba dicho supuesto no se cumple en ninguno de los ítems. En este caso, se considera que este método de extracción es recomendable (Fabrigar et al. 1999). El método de extracción y la rotación es la misma que los/as autores/as del instrumento emplean en la versión original (Mahalik et al., 2005) y en la adaptación al español (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch y Aparicio, 2009).

Antes de realizar el análisis factorial se calcularon el test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación muestral a partir del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que permite analizar si la aplicación del análisis factorial resulta pertinente. Si el test de esfericidad de Bartlett es estadísticamente significativo y el índice KMO está por encima de .80, entonces la aplicación del análisis factorial resulta pertinente (Beavers et al., 2013). En este caso, el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{3486} = 14391.59, p < .000$) y el KMO = .81 permiten efectuar el AFE.

La estructura resultante de ocho factores explica el 35.83% de la varianza de los ítems, frente al 39.51% explicada por el mismo cuestionario en el grupo de EE.UU. (Mahalik et al, 2005).

Las cargas factoriales de cada ítem se muestran en la tabla 10.5, en la que valores inferiores a |.30| quedan eliminados. El Factor 1 explica un 11.09% de la varianza y está formado por los 10 ítems que forma la subescala Fidelidad sexual, 8 de los 9 ítems que forma la subescala Romantica en las relaciones, 3 ítems de la subescala Cuidadora de niños y 1 ítem de la subescala Agradable en las relaciones. El Factor 2 explica el 6.49% de la varianza y los ítems que saturan en él pertenecen a la subescala Delgadez (11 de los 11 ítems). El Factor 3 explica el 4.99% de la varianza, y los ítems que saturan en él pertenecen a las subescalas Modestia (5 de 9 ítems), Romántica en las relaciones (4 de 9 ítems), Fidelidad sexual (1 de 10) e Invertir en la apariencia (1 de 7). El factor 4 da cuenta del 3.65% de la varianza, y los ítems que lo componen corresponden a la subescala Cuidadora de niños/as (11 de los 12 ítems). En este factor, se puede encontrar una carga factorial mayor que .3 que se corresponde con la subescala Fidelidad sexual. El factor 5 explica el 2.89% de la varianza, y los ítems que lo componen pertenecen a la subescala Hogareña (8 de los 8 ítems) y Cuidadora de niños/as (2 de los 9 ítems). Los ítems que saturan en el Factor 6 (que explica el 2.61% de la varianza) corresponden a la subescala Valorar agradablemente las relaciones (12 de los 18 ítems). El factor 7 explica el 2.39% de la varianza, y los ítems que en él saturan pertenecen a diferentes subescalas: Modestia (2 ítems), Invertir en la apariencia (1 ítem), Fidelidad sexual (1 ítem) y Agradable en las relaciones (1 ítem). Los ítems que forman parte de la subescala Invertir en Imagen (5 de 7) saturan fundamentalmente en el factor 8, que explica el 1.71% de la varianza.

Tabla 10.5. Análisis factorial exploratorio: saturaciones de los ítems del CFNI utilizando la técnica de ejes principales (extracción) y oblimin directo (rotación). Varianza explicada y autovalores

Factores	Los ítems y sus correspondientes saturaciones (entre paréntesis)	Varianza explicada	Autovalores
Factor 1	ítem 4 (.458), ítem 6 (.438), ítem 12 (.344), ítem 21 (.545), ítem 23 (.365), ítem 29 (.616), ítem 31 (.630), ítem 39 (.465), ítem 41 (.520), ítem 47 (.578), ítem 50 (.644), ítem 54 (.354), ítem 56 (.505), ítem 58 (.401), ítem 62 (.335), ítem 65 (.577), ítem 67 (.486), ítem 69 (.351), ítem 70 (.336), ítem 72 (.470), ítem 74 (.513), ítem 78 (.450)	11.10	9.89
Factor 2	ítem 3 (.791), ítem 11 (.736), ítem 20 (.487), ítem 28 (.374), ítem 37 (.845), ítem 46 (.365), ítem 55 (.607), ítem 64 (.822), ítem 71 (.685), ítem 77 (.641), ítem 81 (.494)	6.49	5.96
Factor 3	ítem 12 (.304), ítem 14 (.652), ítem 15 (-.350), ítem 22 (.414), ítem 30 (.560), ítem 31 (-.332), ítem 40 (.345), ítem 50 (-.309), ítem 60 (-.372), ítem 69 (.321), ítem 73 (.441)	4.99	4.85
Factor 4	ítem 4 (.393), ítem 10 (.648), ítem 19, (.703), ítem 27 (.596), ítem 36 (.698), ítem 45 (.659), ítem 54 (.681), ítem 62 (.538), ítem 69 (.326), ítem 70 (.797), ítem 76 (.707), ítem 80 (.830), ítem 83 (.640)	3.65	3.63
Factor 5	ítem 7 (.504), ítem 16 (.748), ítem 24 (.473), ítem 32 (.562), ítem 42 (.645), ítem 51 (.603), ítem 54 (.355), ítem 59 (.499), ítem 60 (.373), ítem 68 (.555), ítem 70 (.319)	2.89	3.01
Factor 6	ítem 1 (.465), ítem 9 (.483), ítem 18 (.411), ítem 26 (.373), ítem 33 (.461), ítem 44 (.319), ítem 48 (.419), ítem 53 (.544), ítem 69 (.353), ítem 75 (.325), ítem 79 (.322), ítem 82 (.429)	2.61	2.82
Factor 7	ítem 5 (.453), ítem 25 (-.300), ítem 49 (.354), ítem 78 (.305), ítem 84 (.371),	2.39	2.65
Factor 8	ítem 8 (.577), ítem 34 (.741), ítem 25 (.569), ítem 43 (.689), ítem 52 (.615)	1.71	2.09

10.3.3. Validez interna

En la tabla 10.6 se presenta la matriz correlacional de las escalas del CFNI. Se observan correlaciones positivas entre todas las escalas del CFNI y la puntuación total.

Tabla 10.6. Correlaciones entre las subescalas del CFNI

	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2	.35							
3	-.02	-.10						
4	.16	.35	.01					
5	-.10	.05	.03	.17				
6	.24	.36	.10*	.46	-.05			
7	.24	.34	.03	.35	.07	.31		
8	.15	.03	.23	-.04	-.24	.15	.21	
Total	.54	.66	.37	.63	.17	.64	.59	.32

Nota. * $p < .05$ - naranja; ** $p < .01$ malva, en blanco no hay correlación estadísticamente significativa

1= Agradable en las relaciones, 2 = Cuidadora de niños/as, 3 = Delgadez, 4 = Fidelidad sexual, 5 = Modestia, 6 = Romántica en las relaciones, 7 = Doméstica, 8 = Invertir en la imagen

10.3.4. Consistencia interna

Los coeficientes de α de Cronbach de las escalas oscilan entre .67 y .90 tal como se puede comprobar en la tabla 10.7.

Tabla 10.7. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del CFNI en mujeres migrantes rumana

Escalas CFNI	α
1. Agradable en las relaciones	.73
2. Cuidadora de niños/as	.90
3. Delgadez	.87
4. Fidelidad sexual	.82
5. Modestia	.67
6. Romántica en las relaciones	.77
7. Doméstica	.80
8. Invertir en la imagen	.74
Total	.86

10.4. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI)

En este apartado se presentan los análisis psicométricos del CMNI (los estadísticos de tendencia central, variabilidad, los valores mínimos y máximos y los coeficientes de asimetría y curtosis, el AFE, la validez interna y, por último, los coeficientes de fiabilidad).

10.4.1. Estadísticos descriptivos de los ítems

En la tabla 10.8 se incluyen los estadísticos de tendencia central, variabilidad, los valores mínimos y máximos y, por último, los valores de los coeficientes de asimetría y curtosis de los ítems del CMNI. Todos los ítems tienen índices de curtosis y asimetría dentro de los valores permitidos.

Tabla 10.8. Estadísticos descriptivos del CMNI en hombres rumanos residentes en Rumanía						
Ítems	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1	1.65	0.79	0	3	-0.24	-0.33
2	1.68	0.84	0	3	-0.18	-0.49
3	.98	0.86	0	3	0.70	-0.04
4	2.18	0.72	0	3	-0.55	-0.73
5	1.77	1.01	0	3	-0.60	0.60
6	2.06	0.72	0	3	-0.21	0.00
7	0.96	0.73	0	3	0.47	0.00
8	1.69	0.69	0	3	-0.41	0.34
9	1.37	0.73	0	3	0.18	-0.31
10	1.35	0.71	0	3	-0.20	-0.60
11	1.77	0.61	0	3	-0.34	0.08
12	1.24	0.71	0	3	-0.10	-0.41
13	2.08	0.74	0	3	0.27	-0.11
14	1.55	0.76	0	3	0.39	-0.11
15	1.86	0.88	0	3	0.53	0.40
16	0.77	0.78	0	3	-0.40	-0.70
17	1.56	0.74	0	3	-0.73	1.13
18	1.55	0.70	0	3	0.62	0.85
19	1.75	0.75	0	3	0.16	-0.74
20	1.65	0.78	0	3	0.85	1.72
21	1.85	0.68	0	3	0.02	-0.33
22	1.35	0.81	0	3	0.45	-0.20
23	1.57	0.88	0	3	-0.57	0.39
24	1.67	0.67	0	3	-0.44	-0.94
25	1.75	0.91	0	3	0.84	1.81
26	.89	0.67	0	3	0.10	-0.23
27	1.39	0.72	0	3	0.61	0.79
28	1.54	0.80	0	3	-0.63	-0.10
29	1.88	0.63	0	3	0.33	0.39

30	1.15	0.74	0	3	-0.10	-0.18
31	1.24	0.79	0	3	0.48	-0.03
32	1.03	0.64	0	3	-0.16	1.96
33	1.40	0.85	0	3	0.61	-0.39
34	0.92	0.72	0	3	-0.03	-0.49
35	1.94	0.66	0	3	-0.62	-0.33
36	1.42	0.66	0	3	-0.02	-0.62
37	1.92	0.89	0	3	0.39	0.46
38	1.98	0.75	0	3	-0.02	-0.22
39	1.28	0.71	0	3	-0.17	-0.30
40	1.79	0.64	0	3	0.46	0.32
41	1.20	0.70	0	3	0.21	-0.03
42	0.72	0.77	0	3	-0.26	0.33
43	1.16	0.66	0	3	-0.09	-0.24
44	1.17	0.85	0	3	-0.27	0.15
45	0.82	0.66	0	3	-0.66	-0.11
46	1.30	0.73	0	3	-0.49	0.79
47	1.16	0.83	0	3	0.34	-0.36
48	1.73	0.74	0	3	0.70	0.67
49	1.79	0.72	0	3	-0.48	0.15
50	1.12	0.65	0	3	-0.30	-0.05
51	1.96	0.97	0	3	-0.18	-0.13
52	1.62	0.65	0	3	0.55	0.25
53	1.03	0.66	0	3	-0.19	-0.39
54	1.40	0.67	0	3	0.25	-0.80
55	1.02	0.63	0	3	-0.53	-0.81
56	1.79	0.77	0	3	0.04	-0.22
57	2.21	0.64	0	3	0.17	-0.26
58	2.21	0.70	0	3	-0.07	-0.52
59	1.23	0.66	0	3	0.27	0.12
60	1.51	0.66	0	3	0.07	-0.54
61	0.89	0.69	0	3	0.27	-0.65
62	1.60	0.79	0	3	-0.53	0.70
63	0.76	0.71	0	3	-0.34	-0.11
64	1.00	0.66	0	3	0.69	1.48
65	1.60	0.66	0	3	-0.55	1.15
66	1.08	0.78	0	3	-0.33	-0.50
67	1.18	0.63	0	3	0.28	0.27
68	1.81	0.79	0	3	-0.24	-0.12
69	2.05	0.54	0	3	0.22	-0.46
70	1.50	0.62	0	3	0.12	-0.53
71	1.73	0.75	0	3	-0.34	0.17
72	1.38	0.79	0	3	-0.85	0.06
73	2.04	0.88	0	3	0.47	0.28
74	1.94	0.68	0	3	-0.11	-0.10
75	1.87	0.75	0	3	0.07	-0.18
76	1.04	0.68	0	3	-0.16	-0.12
77	1.47	0.66	0	3	-0.68	1.52
78	2.01	0.59	0	3	0.46	0.07
79	1.74	0.81	0	3	0.47	0.48
80	1.22	0.88	0	3	0.59	0.46
81	1.49	0.69	0	3	-0.33	0.31
82	2.08	0.57	0	3	-0.64	-0.05
83	1.58	0.75	0	3	-0.16	0.13
84	1.72	0.67	0	3	0.22	-0.40
85	1.26	0.68	0	3	0.23	-0.15
86	1.15	0.69	0	3	0.93	1.64
87	1.85	0.62	0	3	0.24	-0.28
88	1.45	0.67	0	3	0.17	0.74
89	1.80	0.68	0	3	-0.03	-0.69

90	1.78	0.74	0	3	-0.09	-0.82
91	2.06	0.85	0	3	0.32	1.33
92	1.16	0.59	0	3	0.01	-0.23
93	1.81	0.60	0	3	-0.06	-0.50
94	1.52	0.63	0	3	-0.43	0.91
Nota. $n = 219$						

10.4.2. Análisis factorial exploratorio de los ítems

Previo a la realización del análisis factorial, se comprueba la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .64$) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{4371} = 10361.4$, $p < .000$). En la tabla 10.9 se presentan las cargas factoriales de este instrumento. Se han eliminado las cargas factoriales inferiores a $|.30|$.

En el grupo de hombres rumanos, la estructura de once factores explica el 43.73% de la varianza de los ítems (en el caso estadounidense, los once factores explicaban el 44% (Mahalik et al., 2003). El Factor 1 explica un 8.40%. Este factor está formado por un ítem de cada una de las siguientes escalas: Primacía del trabajo, Violencia, Poder sobre las mujeres, Ganar, Independencia, Búsqueda de posición social; cuatro ítems que pertenecen a la escala Conductas de riesgo. En el Factor 2 (que explica el 6.93% de la varianza) los ítems que saturan pertenecen a las subescalas: Dominancia (1 ítem), Independencia (1 ítem), Conductas de riesgo (6 ítems), Ganar (3 ítems) Dominancia (1 ítem) y Búsqueda de posición social (2 ítems). En el Factor 3 (que explica el 5.44% de la varianza) los ítems que mayores cargas factoriales obtienen pertenecen a la escala Control emocional (7 ítems), aunque en este factor también saturan ítems que pertenecen a Desprecio (1 ítem), Donjuanismo (1 ítem) y Dominancia (1 ítem). 8 de los ítems que saturan en el Factor 4 (explica el 5.44%) corresponden a la subescala Violencia, pero también saturan 2 ítems que corresponden a las subescalas Donjuanismo y Poder sobre las mujeres, respectivamente. 5 de los ítems que tienen cargas mayores que $|0.30|$ en el Factor 5 pertenecen a la subescala Desprecio hacia la homosexualidad y 2 a la de Ganar. Este factor explica 3.94%. El Factor 6 (explica 3.49%) tiene 8 ítems que pertenecen a la subescala Primacía del trabajo y 1 ítem que pertenece a la subescala Ganar. 10 de los ítems con cargas superiores a $|0.30|$ pertenecen a Donjuanismo, aunque también hay ítems que pertenecen a Ganar (1 ítem), Poder sobre las mujeres (1 ítem) y Desprecio hacia la homosexualidad (1 ítem). En el Factor 8, 6 ítems que cumplen el criterio seleccionado en cuanto a las cargas factoriales

se refiere, pertenecen a la subescala Ganar, pero también hay ítems que pertenecen a otras escalas: Dominancia (3 ítems), Búsqueda de posición social (5 ítems) y Conductas de riesgo (3 ítems). En el Factor 9, la subescala Independencia es la que más ítems tiene (6) y un ítem de Donjuanismo, Ganar y Control emocional. En el Factor 10, las cargas factoriales se reparten de la siguiente manera: 6 ítems de la subescala Control emocional y cada una de las siguientes subescalas, un ítem: Ganar, Primacía del trabajo, Independencia, Conductas de riesgo, Poder sobre las mujeres y Dominancia. Por último, el Factor 11 tiene cargas factoriales mayores que .3 que pertenecen a la subescala Poder sobre las mujeres, aunque también 3 ítems de la subescala Violencia, otros 3 de Donjuanismo y 1 ítem de Independencia.

10.4.3. Validez interna

Para verificar la validez interna se calculan las correlaciones entre las subescalas del CMNI. Todas las escalas del CMNI correlacionan positivamente con la escala total del CMNI.

Tabla 10.10. Correlaciones entre las subescalas del CMNI

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2	.06										
3	.28	-.18									
4	.06	-.02	.15								
5	.19	.08	.01	.42							
6	.63	.02	.26	.04	.14						
7	.23	.21	.10	.28	.43	.06					
8	.25	.22	.02	.17	.24	.17	.12				
9	.06	.09	-.04	-.15	.08	.07	-.02	.08			
10	.28	-.05	-.02	-.02	.00	.16	-.04	.04	-.06		
11	.50	.05	.33	-.10	-.08	.47	.02	.02	.00	.11	
Total	.68	.34	.35	.42	.55	.51	.58	.44	.20	.34	.38

Nota. * $p < .05$ - naranja; ** $p < .01$ malva, en blanco no hay correlación estadísticamente significativa. 1 = Ganar, 2 = Control Emocional, 3 = Conductas de Riesgo, 4 = Violencia, 5 = Poder sobre las mujeres, 6 = Dominancia, 7 = Donjuanismo, 8 = Independencia, 9 = Primacía del Trabajo, 10 = Desprecio hacia la homosexualidad, 11 = Búsqueda de Posición Social

10.4.4. Consistencia interna

Los índices de fiabilidad alfa tienen valores entre .56 (Dominancia) y .81 (Control emocional). Los resultados de estos índices se presentan en la tabla 10.11.

Tabla 10.9. Análisis factorial exploratorio: saturaciones de los ítems del CMNI utilizando la técnica de ejes principales (extracción) y oblimin directo (rotación). Varianza explicada y autovalores

Factores	Los ítems y sus correspondientes saturaciones (entre paréntesis)	Varianza explicada	Autovalores
Factor 1	ítem 17 (-.456), ítem 20 (-.337), ítem 32 (-.413), ítem 34 (.398), ítem 46 (.432), ítem 48 (.372), ítem 53 (.355), ítem 55 (-.451), ítem 87 (.314), ítem 92 (-.332)	8.40	8.42
Factor 2	ítem 6 (.411), ítem 10 (.323), ítem 11 (.404), ítem 24 (.596), ítem 31 (.312), ítem 40 (.548), ítem 41 (.328), ítem 48 (.321), ítem 60 (.591), ítem 69 (.403), ítem 70 (.436), ítem 75 (.474), ítem 87 (.387), ítem 92 (.524)	6.93	7.06
Factor 3	ítem 14 (.665), ítem 19 (.656), ítem 23 (-.415), ítem 27 (.549), ítem 36 (.710), ítem 52 (.628), ítem 77 (.351), ítem 88 (.370), ítem 90 (.306), ítem 94 (-.306)	5.44	5.65
Factor 4	ítem 4 (-.605), ítem 15 (-.672), ítem 25 (-.581), ítem 34 (-.301), ítem 44 (-.590), ítem 46 (-.309), ítem 47 (-.366), ítem 62 (-.598), ítem 68 (-.533), ítem 79 (-.727)	4.93	5.16
Factor 5	ítem 16 (.666), ítem 37 (.562), ítem 39 (.364), ítem 42 (.694), ítem 51 (.741), ítem 63 (.454), ítem 73 (.607), ítem 89 (.480)	3.94	4.23
Factor 6	ítem 8 (.360), ítem 20 (.516), ítem 30 (.649), ítem 49 (.421), ítem 56 (.390), ítem 64 (.691), ítem 76 (.699), ítem 84 (.525), ítem 89 (.339)	3.49	3.82
Factor 7	ítem 3 (-.560), ítem 13 (-.352), ítem 31 (-.340), ítem 38 (-.362), ítem 46 (-.314), ítem 47 (-.555), ítem 58 (-.328), ítem 63 (.303), ítem 66 (-.520), ítem 72 (-.529), ítem 78 (-.601), ítem 83 (-.486), ítem 90 (-.573)	2.70	3.07
Factor 8	ítem 2 (-.342), ítem 6 (-.397), ítem 7 (-.495), ítem 12 (-.481), ítem 18 (-.530), ítem 22 (-.673), ítem 24 (-.332), ítem 26 (-.626), ítem 32 (-.345), ítem 39 (-.474), ítem 41 (-.650), ítem 48 (-.577), ítem 50 (-.491), ítem 54 (-.413), ítem 55 (-.340), ítem 59 (-.424), ítem 67 (-.592), ítem 87 (-.496), ítem 94 (-.418)	2.46	2.85
Factor 9	ítem 10 (.465), ítem 13 (.312), ítem 29 (.634), ítem 31 (.388), ítem 45 (.505), ítem 52 (.323), ítem 53 (.417), ítem 74 (.724), ítem 85 (.644)	2.08	2.48
Factor 10	ítem 1 (.341), ítem 2 (.319), ítem 6 (.338), ítem 8 (.366), ítem 10 (.307), ítem 27 (.312), ítem 43 (.499), ítem 55 (-.300), ítem 65 (.635), ítem 77 (.580), ítem 86 (.352), ítem 88 (.324), ítem 93 (.509)	1.72	2.18
Factor 11	ítem 4 (-.329), ítem 9 (-.352), ítem 15 (-.301), ítem 21 (-.617), ítem 34 (-.373), ítem 35 (-.726), ítem 45 (-.423), ítem 57 (-.642), ítem 58 (-.427), ítem 61 (-.569), ítem 66 (-.386), ítem 71 (-.407), ítem 78 (-.340), ítem 81 (-.513), ítem 86 (-.581)	1.65	2.07

Tabla 10.11. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del CMNI en los hombres rumanos

Escalas CMNI	α
1. Ganar	.76
2. Control emocional	.81
3. Conductas de riesgo	.74
4. Violencia	.80
5. Poder sobre las mujeres	.79
6. Dominancia	.56
7. Donjuanismo	.79
8. Independencia	.77
9. Primacía del trabajo	.76
10. Desprecio hacia la homosexualidad	.77
11. Búsqueda de posición social	.73
Total	.86

10.5. Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)

Se han realizado diferentes análisis para comprobar que el MIPS reúne las propiedades psicométricas para poder utilizarlo como medida de personalidad en el caso de los/as rumanos/as. En primer lugar se ha realizado el análisis descriptivo de las escalas. Este análisis incluye los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y curtosis. Posteriormente, se calcularon las correlaciones entre las escalas del MIPS y el α de Cronbach para la consistencia interna.

Millon (2004) revisa la versión del MIPS, cambiando el nombre de las escalas del instrumento. La composición de los ítems se mantiene igual que en la versión original. Por lo tanto, en este estudio se mantienen los nombres de las escalas, traducidas en la adaptación española (Millon, 2001).

Puesto que se trata de la adaptación de un instrumento, se espera que los índices de fiabilidad obtenidos en este estudio sean más bajos que los presentados por Millon en la versión estadounidense, pero semejantes a los encontrados en la adaptación española tal como se podrá comprobar a continuación.

10.5.1. Estadísticos descriptivos de las escalas

En la tabla 10.12 se presentan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y curtosis del Inventario de estilos de personalidad de

Millon (MIPS). La media del índice de impresión positiva es igual a 3.37 ($D.T. = 2.1$) y, en el caso de la impresión negativa, la media es 3.51 ($D.T. = 2.42$).

Tabla 10.12. Estadísticos descriptivos del MIPS en mujeres y hombres rumanos residentes en Rumania

Escalas MIPS	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1A. Expansión	24.70	8.08	0	37	-0.70	-0.05
1B. Preservación	16.87	10.78	0	45	6.54	42.71
2A. Modificación	32.51	8.99	2	47	0.46	-0.83
2B. Adecuación	17.84	10.16	0	51	1.68	1.14
3A. Individualismo	23.03	7.70	3	43	-0.54	-1.26
3B. Protección	29.96	8.41	6	47	3.66	14.85
4A. Extraversión	27.69	8.83	2	42	0.59	-0.43
4B. Introversión	11.48	7.09	0	31	2.02	2.90
5A. Sensación	18.08	6.17	0	28	0.17	-1.06
5B. Intuición	23.48	8.11	0	47	1.60	1.01
6A. Pensamiento	22.48	8.94	1	43	-0.28	-1.26
6B. Sentimiento	28.53	9.00	7	48	1.67	1.19
7A. Sistematización	39.90	10.26	5	57	-0.09	-1.46
7B. Innovación	28.47	8.60	4	55	2.21	4.14
8A. Retraimiento	20.31	10.15	0	49	0.42	-0.94
8B. Sociabilidad	37.65	11.62	7	58	1.25	-0.16
9A. Indecisión	17.75	12.21	0	52	-0.10	-1.56
9B. Decisión	35.19	11.76	5	55	1.75	1.96
10A. Discrepancia	25.21	9.05	3	52	0.33	-1.03
10B. Conformismo	40.21	9.44	6	58	1.62	1.28
11A. Sumisión	18.38	8.87	2	49	0.34	-1.24
11B. Dominio	25.32	9.07	1	49	2.31	5.66
12A. Descontento	28.79	9.51	1	53	1.31	1.70
12B. Aquiescencia	31.20	9.57	2	59	1.07	-0.48
Nota. $n = 648$						

10.5.2. Validez interna

En la tabla 10.13 se presenta la matriz correlacional de las escalas del MIPS. Al igual que en el cuestionario original, se observan correlaciones positivas entre constructos teóricamente relacionados (por ejemplo, 1B-Preservación y 9A-Indecisión, $r = .84$), correlaciones negativas elevadas entre constructos opuestos (por ejemplo, 1A-Expansión y 1B-Preservación, $r = -.85$) y correlaciones muy próximas o iguales a cero entre constructos teóricamente no relacionados (por ejemplo, 5A-Sensación y 11B-Dominio, $r = .06$).

Tabla 10.13. Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en el grupo total de rumanos/as residentes en Rumania

	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B	6A	6B	7A	7B	8A	8B	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	12B
1A																								
1B	-.85																							
2A	.57	-.45																						
2B	-.58	.59	-.80																					
3A	.11	-.03	.36	-.17																				
3B	.10	.03	.12	.00	-.51																			
4A	.65	-.54	.62	-.55	.03	.34																		
4B	-.58	.64	-.39	.50	.15	-.16	-.78																	
5A	.14	-.10	.27	-.17	.10	-.015	.04	-.04																
5B	-.16	.28	-.12	.22	.08	.17	.07	.17	-.72															
6A	.16	-.13	.38	-.22	.45	-.36	-.04	.10	.39	-.38														
6B	-.15	.32	-.13	.27	-.33	.73	.16	.03	-.27	.55	-.66													
7A	.44	-.38	.68	-.63	.08	.16	.32	-.27	.47	-.40	.37	-.19												
7B	.13	-.01	.13	-.00	.30	.05	.40	-.12	-.41	.66	-.23	.36	-.43											
8A	-.64	.61	-.49	.55	.14	-.28	-.81	.78	-.03	.08	.20	-.09	-.32	-.21										
8B	.65	-.51	.81	-.65	.28	.17	.81	-.57	.15	-.01	.21	-.01	.49	.31	-.69									
9A	-.82	.84	-.57	.66	-.14	.03	-.71	.74	-.10	.20	-.15	.25	-.40	-.14	.66	-.69								
9B	.70	-.61	.78	-.73	.40	-.04	.61	-.48	.17	-.12	.39	-.24	.56	.18	-.50	.81	-.80							
10A	-.45	.56	-.20	.42	.51	-.26	-.30	.47	-.16	.39	.11	.08	-.40	.39	.48	-.20	.45	-.21						
10B	.36	-.22	.60	-.40	.06	.30	.31	-.16	.64	-.41	.40	-.04	.74	-.34	-.25	.49	-.26	.46	-.34					
11A	-.76	.80	-.59	.67	-.25	.16	-.52	.56	-.16	.29	-.23	.35	-.45	-.04	.57	-.60	.82	-.73	.44	-.26				
11B	.35	-.24	.55	-.38	.68	-.28	.28	-.09	.06	.07	.51	-.29	.22	.36	-.11	.52	-.39	.69	.30	.16	-.47			
12A	-.61	.70	-.25	.43	.34	-.26	-.44	.56	-.06	.27	.12	.03	-.27	.13	.59	-.32	.60	-.32	.73	-.21	.55	.15		
12B	-.19	.21	-.39	.38	-.72	.65	-.10	.02	-.03	.02	-.49	.55	-.09	-.27	-.00	-.33	.30	-.51	-.30	.07	.41	-.76	-.24	

Nota. Sombreado en malva: correlación significativa al nivel .01; en naranja: correlación significativa al nivel .05; en blanco: no son significativos

10.5.3. Consistencia interna

Para el cálculo de la fiabilidad o consistencia interna se ha utilizado el coeficiente α de Cronbach. Los datos se presentan en la tabla 10.14. Los índices de fiabilidad oscilan entre .66 (5A-Sensación) y .86 (9A-Indecisión). Tanto el promedio obtenido en este grupo de participantes (alfa promedio = .76) como los valores de cada una de las escalas, se parecen a los valores obtenidos en el estudio original (Millon, 1994) y la adaptación española. En el caso de la versión estadounidense, el alfa promedio es igual a .78 y en el caso de la adaptación española, el valor de este índice es igual a .72.

Tabla 10.14. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS en los/as rumanos/as que residen en Rumanía

Escalas MIPS	α total
1A Expansión	.78
1B Preservación	.84
2A Modificación	.78
2B Adecuación	.79
3A Individualidad	.68
3B Protección	.71
4A Extraversión	.80
4B Introversión	.71
5A Sensación	.66
5B Intuición	.67
6A Pensamiento	.76
6B Sentimiento	.75
7A Sistematización	.78
7B Innovación	.67
8A Retraimiento	.78
8B Sociabilidad	.83
9A Indecisión	.86
9B Decisión	.84
10A Discrepancia	.73
10B Conformismo	.75
11A Sumisión	.74
11B Dominio	.75
12A Descontento	.74
12B Aquiescencia	.72
Promedio	.76

ESTUDIO III. SALUD, GÉNERO, PERSONALIDAD Y ACULTURACIÓN EN RUMANAS/OS RESIDENTES EN RUMANIA Y MIGRANTES RUMANAS/OS RESIDENTES EN ESPAÑA

Posteriormente a la confirmación de las hipótesis relacionadas con los análisis psicométricos de los instrumentos empleados en el Estudio II, en el presente estudio se analizan, por un lado, las relaciones entre la personalidad, género y salud física/mental en un grupo de rumanos/as residentes en Rumania y, por otro lado, las relaciones entre la personalidad, aculturación, género y salud física/mental en un grupo de rumanos/as residentes en España. Este segundo objetivo se plantea con el propósito de analizar los efectos del fenómeno migratorio sobre las variables estudiadas. Además, para analizar la influencia del proceso migratorio sobre estas variables se van a llevar a cabo análisis comparativos entre la personalidad, el género y la salud física/mental de las/os rumanas/os residentes en Rumania y las/os rumanas/os residentes en España.

En el Estudio III, en primer lugar, se presenta el capítulo 11 en el que se describen: los objetivos e hipótesis, los/as participantes migrantes, los instrumentos aplicados, el procedimiento y las técnicas estadísticas empleadas para analizar los datos. En el capítulo 12 se describen los resultados organizados según los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo 11. Asimismo, se incluyen la discusión y las conclusiones en el capítulo 13.

11.MÉTODO (ESTUDIO III)

A continuación se presenta el método para el Estudio III.

11.1. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este estudio es examinar las diferencias en personalidad, género y salud entre un grupo de migrantes rumanos/as residentes en España y un grupo de rumanos/as residentes en Rumania. Por eso, se estudian los estilos de personalidad, la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas y la salud física y mental en función de las estrategias de aculturación, en el caso de las/os migrantes. Asimismo, se analizan las diferencias en las variables mencionadas entre mujeres y hombres en ambos grupos de participantes.

A continuación se detallan los objetivos específicos de este estudio:

Objetivo 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida en las/os participantes migrantes.

Al igual que en el Estudio II se analizaron las propiedades psicométricas de los instrumentos empleados en dicho estudio y, debido a que en este estudio el grupo de participantes al que se le aplicaron los instrumentos es diferente, en primer lugar, se analiza el coeficiente de fiabilidad para ver si los instrumentos son precisos a la hora de medir las variables estudiadas. El coeficiente de fiabilidad se tiene que calcular para cada grupo de participantes (Streiner y Norman, 1989). En el presente estudio, se han añadido dos instrumentos que miden el estrés aculturativo y las estrategias de aculturación: la Escala de Estrés de aculturación Social, Actitudinal, Familiar y Ambiental (*Social, Attitudinal, Familial, and Environmental acculturative stress scale*, SAFE) de Mena, Padilla y Maldonado (1987) y el Índice Vancouver de Aculturación (*Vancouver Index of Acculturation*, VIA) diseñado por Ryder, Alden y Paulhus (2000).

Para verificar este objetivo se plantea la siguiente hipótesis:

***Hipótesis 1.1.** El análisis del α de Cronbach de los instrumentos utilizados permitirá su uso como medida de las variables empleadas en el grupo de migrantes rumanos/as.*

Objetivo 2. Estrategias de aculturación. Describir las estrategias de aculturación preferidas por el grupo de participantes y analizar las diferencias existentes entre mujeres y hombres. Asimismo, se analiza la influencia que el tiempo puede tener a la hora de exponerse a un nuevo contexto sociocultural.

La aculturación es un proceso mediante el que las personas cambian sus comportamientos sociales y psicológicos (Byram, 2000). En el nuevo contexto español, las/os migrantes necesitan aprender las habilidades culturales para poder manejarse en este país receptor. La aculturación psicológica se refiere a cambios a nivel individual en la identidad, valores, actitudes, rutinas, hábitos y gustos.

Después de las primeras propuestas de modelos de aculturación unidimensionales, en los años 70, Berry (1974) propone que existen dos dimensiones independientes en el proceso de aculturación: la relación de la persona con su cultura de origen y la relación con la cultura del país receptor. La combinación de estas dos dimensiones da lugar a cuatro estrategias de aculturación: marginación, separación, asimilación e integración (descritas en el Capítulo 3. Aculturación, págs. 50-60). En general, los/as migrantes tienen una buena adaptación, por eso se considera que estos/as van a preferir en su mayoría la estrategia de integración mientras que la estrategia de marginación será la menos elegida. Estas expectativas se cumplen en los estudios realizados. Por ejemplo, en un estudio realizado en 13 países receptores de migrantes, Berry et al. (2006), encuentran que la integración es la estrategia más preferida.

En el caso de los/as migrantes rumanos/as, aproximadamente el 90% de estos/as prefieren la estrategia de integración, el 5.14% la asimilación, el 2.8% la separación y solo el 0.7% la marginación (Ilie, 2013). No obstante, cuando se introducen preguntas sobre la estrategia de aculturación en el ámbito privado y público, los resultados difieren. En el ámbito público, el 41.5% de los/as migrantes rumanos/as residentes en España prefieren la integración y el 30.1% la asimilación. El 52.4% prefieren la estrategia de integración y el 44.9% la segregación en el ámbito privado (Rojas, Navas, Sayans-Jiménez y Cuadrado, 2014).

El utilizar diferentes estrategias de aculturación depende de varios factores, algunos individuales, como por ejemplo las características de personalidad, la educación, el idioma, la edad y el sexo y otros que tienen que ver con la similaridad cultural entre los dos países, políticas aplicadas en el país receptor, etc. Las variables edad, género y tiempo de residencia son variables que guardan relación con la aculturación de las/os migrantes (Berry et al., 2006). En concreto, las mujeres prefieren la integración más que los hombres mientras que estos prefieren la separación más que las mujeres (Yu y Wang, 2011). En el caso de los/as migrantes rumanos/as residentes en Gran Bretaña, el 81% elige la estrategia de integración, el 11% la de asimilación, el 6% la separación y solo el 1% elige la marginación. Al desagregar los datos por sexos, el 60% de los/as que eligen la estrategia de integración son mujeres. En el caso de la asimilación, el porcentaje de mujeres que eligen esta estrategia asciende a 77%. No obstante, se observa que hay más hombres que eligen la estrategia de separación (77%) y solo los hombres eligen la estrategia de marginación (Pantiru y Barley, 2014).

La razón de las diferencias encontradas en las estrategias de aculturación entre mujeres y hombres reside en las normas de género del país receptor y qué imagen se tiene acerca de los hombres y las mujeres migrantes. Yu y Wang (2011) consideran que es más fácil para las mujeres ser aceptadas por la sociedad receptora (en este caso, Alemania) que para los hombres. Sin embargo, Swagler y Jome (2005) encuentran que las norteamericanas que viven en Taiwán puntúan más bajo en adaptación sociocultural que los hombres y lo relacionan con una dificultad de adaptarse a las normas y cultura asiáticas debido a unas normas de género más tradicionales. A la hora de adaptarse a dichas normas, este proceso no solo requiere aprender la cultura, pero también estar de acuerdo con las actitudes, valores y creencias culturales e integrarlos en el autoconcepto (Anderson, 1994). Por eso, las mujeres norteamericanas no se adaptan a la sociedad taiwanesa al igual que los hombres, porque tendrían que aceptar que, como mujeres, tienen un estatus inferior (Swagler y Jome, 2005). Teniendo en cuenta la importancia de las estrategias de aculturación para los/as migrantes, en esta investigación se describen las estrategias de aculturación adoptadas por las/os migrantes rumanas/os. Asimismo, se va a comprobar de qué manera el tiempo de residencia en el país receptor se relaciona con las estrategias de aculturación. Se ha demostrado que un mayor tiempo de residencia en el país receptor tiene un papel positivo sobre la adaptación de las/os migrantes (Miglietta y Tartaglia, 2009).

Se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 2.1. *Las mujeres tendrán una puntuación más alta que los hombres en la escala adoptar las costumbres del país receptor. Asimismo, las mujeres elegirán más que los hombres las estrategias de aculturación integración y asimilación.*

Hipótesis 2.2. *Existirán relaciones estadísticamente significativas en el caso de las normas de conformidad con las normas de género femeninas/masculinas y las dos escalas de aculturación del VIA (mantener las costumbres rumanas y adoptar las costumbres españolas).*

Hipótesis 2.3. *El grupo de rumanas/os con menos de 10 años de residencia presentarán mayores puntuaciones en la escala mantener las costumbres rumanas y menores puntuaciones en la escala adoptar las costumbres españolas que el grupo de rumanas/os con más de 10 años de residencia.*

Objetivo 3. Salud. Analizar las diferencias en salud física y psicológica entre las/os migrantes rumanas/os y las/os rumanas/os residentes en Rumania. Asimismo, se analizan la salud física y psicológica de las mujeres rumanas y hombres rumanos.

El interés por la relación que existe entre salud y migración surge porque existe una preocupación por un posible deterioro del estado de salud de los/as migrantes, aunque también se puede producir el efecto contrario, es decir, una mejoría en la salud por tener acceso a mejores servicios de salud. En general, los estudios que abordan la salud de los/as migrantes encuentran que estos/as tienen buena salud, a pesar de las desventajas económicas, pero dicho estado tiende a disminuir con el tiempo (Anson, 2004; Markides y Eschbach, 2011; Ng, 2011).

Las estrategias de aculturación que las personas migrantes eligen pueden tener consecuencias sobre los comportamientos de salud y, por lo tanto, sobre su salud (Sam, 2006c). Por ejemplo, las personas que eligen una estrategia de integración pueden tener mejor salud debido a un menor nivel de estrés aculturativo y más apoyo social ofrecido por el grupo de su país de origen y de la sociedad receptora (Berry y Kim, 1988; Ramirez, 1984). Se considera que el estrés aculturativo es la variable que interviene en el caso de que los/as migrantes experimenten un deterioro de su salud física y mental

puesto que los/as migrantes están expuestos/as a situaciones estresantes como por ejemplo posiciones sociales más vulnerables, mayor empleo precario, peor vivienda, peor alimentación, etc. que repercuten sobre su salud (Basabe, Páez, Aierdi y Jiménez-Aristizabal, 2009). Asimismo, los resultados indican que las personas migrantes expuestas a altos niveles de estrés aculturativo están en riesgo de desarrollar ansiedad y depresión (Hovey, 2000; Hovey y King, 1997).

Al desagregar los estudios sobre la salud por sexos, los datos recogidos a lo largo de varias décadas indican que los hombres mueren antes que las mujeres, pero las mujeres tienen peor salud que los hombres. Este fenómeno se conoce como la paradoja morbilidad/mortalidad (Case y Paxson 2005; Oksuzyan, Juel, Vaupel y Christensen, 2008; Oksuzyan, Brønnum-Hansen y Jeune, 2010). Sin embargo, las mujeres se involucran más que los hombres en comportamientos saludables y también tienen estilos de vida más saludables (Kandrack, Grant y Segall, 1991; Waldron, 1997). Los hombres tienen estilos de vida menos saludables (OMS, 2000) y tienden a involucrarse más en comportamientos de salud de riesgo como por ejemplo consumo de tabaco y alcohol, consumo de sustancias, forma de conducción que implica más riesgos, hábitos de alimentación menos sanos lo que les lleva a desarrollar diferentes problemas de salud (Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun, Jonwutiwes y Bellisie, 2004).

Teniendo en cuenta que la salud es un concepto multidimensional y que los estudios no son consistentes a la hora de encontrar mejorías o deterioros cuando se analiza la salud de las personas migrantes ya que algunos aspectos de su salud mejoran mientras otros, empeoran (Palinkas y Pickwell, 1995), este objetivo se dirige a analizar la salud de las/os migrantes rumanas/os, comparándola con la salud de las/os rumanas/os residentes en Rumania, teniendo en consideración las estrategias de aculturación. Asimismo, se desagregan los datos por sexos y se analizan las relaciones entre la salud mental y el estrés aculturativo, por un lado, y el estrés aculturativo y el apoyo social autopercebido, por otro lado.

A partir de este objetivo se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 3.1. *Las diferencias entre los indicadores de salud del grupo de migrantes rumanos/as y los/as rumanos/as residentes en Rumania serán estadísticamente significativas.*

Hipótesis 3.2. *Las mujeres (migrantes y no migrantes) obtendrán peores indicadores de salud, pero tendrán más hábitos de vida saludables que los hombres (migrantes y no migrantes).*

Hipótesis 3.3. *Los indicadores de salud correlacionarán con las dos escalas de aculturación del VIA (mantener las costumbres rumanas y adoptar las costumbres españolas).*

Hipótesis 3.4. *Se obtendrán mejores indicadores de salud en las estrategias de integración y asimilación que en las estrategias de separación y marginación.*

Hipótesis 3.5. *El grupo de migrantes rumanos/as con un tiempo de residencia menor de 10 años tendrá mejores indicadores de salud que el grupo de migrantes con un tiempo de residencia mayor de 10 años.*

Hipótesis 3.6. *El estrés aculturativo correlacionará de forma positiva con la salud mental y negativa con el apoyo social autopercebido.*

Objetivo 4. Género. Comparar la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas de las/os rumanas/os residentes en Rumania y las/os rumanas/os residentes en España, las/os rumanas/os residentes en Rumania y las/os españolas/es y las/os rumanas/os migrantes y las/os españolas/es. Asimismo, se analizará la relación entre la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas y los indicadores de salud tanto en el caso de las mujeres (migrantes y no migrantes) como también en el caso de los hombres (migrantes y no migrantes).

En primer lugar, se analizan las diferencias en cuanto a la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas entre las/os rumanas/os (migrantes y no migrantes) y las/os españolas/es. De esta forma, se estudian las diferencias culturales entre las/os rumanas/os y españolas/es. Los estudios anteriores han encontrado diferencias culturales en cuanto a la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas (Brabete, Rivas-Diez y Ruiz; Cuéllar-Flores y Sánchez-López; Rivas-Diez, 2014; Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch y Aparicio, 2009; Tager y Good).

Por otro lado, comparando la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas entre las/os rumanas/os migrantes y las rumanas/os residentes en Rumania y la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas entre las/os rumanas/os migrantes y las/os españolas/es, se pretende analizar la influencia del género durante el proceso migratorio. Morokvasic (2007) propone dos resultados posibles cuando se tiene en cuenta la influencia del género en el proceso migratorio, por lo menos en el caso de las mujeres: unos cambios caracterizados por la igualdad versus unos cambios caracterizados por la desigualdad. Vlase (2012) encuentra que las migrantes rumanas que viven en Italia, al estar en contacto con las normas de género de este país, consiguen negociar unos roles de género que les beneficie, aunque a la vuelta a Rumania dichos roles de género ya no se mantienen. Los hombres migrantes, a pesar de tener que realizar en el país receptor tareas consideradas típicamente femeninas, en su espacio privado negocian unas masculinidades hegemónicas (Näre, 2010). Ellos consideran que las normas de género en el país receptor les perjudica ya que pierden los privilegios que tenían en sus países de origen (Aparicio et al., 2012). La migración se considera una oportunidad para negociar las identidades de género (Benmayor y Skotnes, 2005; Kofman et al., 2001), pero los hombres migrantes, en ocasiones, eligen afirmar su carácter distintivo, pero sin alterar las relaciones de poder de género (Lomsky-Feder y Rapoport, 2003).

Teniendo en cuenta lo expuesto en el Capítulo 5. Género (págs. 73-93), la puntuación obtenida por Rumania en el índice de Igualdad de Género de los países de la UE (Instituto Europeo de Igualdad de Género, 2013) es mucho más alta que la obtenida por España, por lo tanto las diferencias entre la vida de las mujeres y los hombres son más altas que en el caso de España y las desigualdades mayores. Además, a pesar de que el comunismo en Rumania consideraba que las diferencias de clase y sexo se tenían que erradicar, en la vida privada, las mujeres estaban sometidas a normas de género tradicionales desarrollando los mismos roles de género que la sociedad esperaba de ellas (Cîrstocea, 2003; Miroiu, 2004). La falta de un feminismo rumano promovido desde dentro de la sociedad rumana con un programa e intereses propios ha contribuido a que la discriminación de género sea un asunto que se haya normalizado (Andrei et al., 2006). Después de la migración, las/os migrantes no se quedan indiferentes en cuanto a las normas de género del país receptor (Vlase, 2012). Tanto las mujeres como los hombres migrantes observan los roles de género que existen en nuestro país. Los hombres perciben una pérdida de prestigio debida a la existencia de una mayor igualdad

(Aparicio et al., 2012), mientras que las mujeres perciben más beneficios (Aparicio et al., 2012). Por ello es esperable que las mujeres migrantes rumanas presenten unas menores puntuaciones en la conformidad con las normas de género en comparación con las mujeres rumanas residentes en Rumania. Por el contrario, en el caso de los hombres migrantes rumanos, es esperable que puntúen más alto que los hombres rumanos residentes en Rumania.

Por otro lado, las investigaciones realizadas en el campo de la salud desde la perspectiva de género, demuestran que la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas guarda relación con los indicadores de salud tanto en el caso de las mujeres como también en el caso de los hombres (Brabete et al., 2013; Mahalik y Burns, 2011; Mahalik, Burns y Syzdek, 2007; Rivas-Diez, 2014; Saavedra, 2013; Sánchez-López, Cuéllar-Flores y Dresch, 2012). La socialización de género se relaciona de forma negativa con el consumo de sustancias en el caso de las mujeres, mientras que en el caso de los hombres, se relaciona de forma positiva (Saavedra-San Román, 2013; Sánchez-López, Rivas-Diez y Cuéllar-Flores). Por lo tanto, este objetivo se plantea para ver qué normas de género se relacionan con la salud de las mujeres y hombres rumanas/os residentes en Rumanía y de las/os migrantes rumanas/os residentes en España.

Se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 4.1. *Las mujeres rumanas (migrantes y no migrantes) estarán más conformes con las normas de género femeninas que las mujeres españolas. Las mujeres rumanas residentes en Rumania tendrán una puntuación más alta en la conformidad con las normas de género femeninas que las mujeres migrantes rumanas.*

Hipótesis 4.2. *Los hombres rumanos (migrantes y no migrantes) estarán más conformes con las normas de género masculinas que los hombres españoles. Los hombres residentes en Rumania tendrán una puntuación más alta en la conformidad con las normas de género masculinas que los hombres migrantes rumanos.*

Hipótesis 4.3. *Las mujeres (migrantes y no migrantes) que sean más conformes con el rol tradicional de género tenderán a presentar peores puntuaciones en salud física y mental.*

Hipótesis 4.4. *Los hombres rumanos (migrantes y no migrantes) que sean más conformes con el rol tradicional de género tenderán a presentar peores puntuaciones en salud física y mental.*

Objetivo 5. Personalidad. Explorar si existen estilos diferenciales de personalidad en rumanos/as residentes en Rumania y rumanos/as migrantes residentes en España. Analizar la relación entre los estilos de personalidad y la salud física y mental, por un lado, y los estilos de personalidad y las estrategias de aculturación, por otro lado.

Este objetivo se plantea con el propósito de comprobar qué efectos tiene la migración sobre los estilos de personalidad de los/as rumanos/as. A pesar de los términos *mobicentric man* (Jennings, 1970) y *personalidad pionera* (Morrison y Wheeler, 1976) existen pocos estudios sobre la personalidad de los/as migrantes. Además, cuando se llevan a cabo dichos estudios, los/as migrantes son comparados/as con la población autóctona del país correspondiente. Por ejemplo, Te Nijenhuis, van der Flier y van Leeuwen (1997) encuentran que las/os migrantes puntúan más alto en las escalas de neuroticismo y conformidad social y más bajo en la escala de extraversión. El estudio longitudinal realizado por Silventoinen et al. (2007) con gemelas/os ha demostrado que las/os migrantes difieren de aquéllos/as que se quedan en el país de origen: las mujeres migrantes puntúan más alto en extraversión mientras que los hombres puntúan más alto tanto en neuroticismo como también en extraversión. Por lo tanto, la exposición a una cultura diferente influye en la personalidad de los/as migrantes (McCrae et al., 1998).

Por otro lado, las investigaciones apuntan a que la personalidad también interviene en el proceso de aculturación (Ryder et al., 2000). Algunos rasgos como el locus de control y la introversión/extraversión (Ward y Kennedy, 1992) y la autoeficiencia (Schwarzer, Hahn y Schröder, 1994) actúan tanto como factores de riesgo como también como factores protectores en el proceso de aculturación. La extraversión, amabilidad, responsabilidad y bajo nivel de neuroticismo predicen una buena adaptación psicológica (Ward, Leong y Low, 2004). Al analizar las diferentes estrategias de aculturación, Schmitz (1994) encuentra que la integración correlaciona negativamente con el neuroticismo, la agresividad, la impulsividad y ansiedad y positivamente con extraversión, estabilidad emocional, sociabilidad, amabilidad y

apertura. Por el contrario, la marginación se relaciona con falta de sociabilidad, altos niveles de neuroticismo, ansiedad y ser una persona cerrada de mente.

Sin embargo, a la hora de estudiar de qué forma interviene la personalidad en la aculturación, se ha empleado sobre todo, el Modelo de los Cinco Factores (McCrae y John, 1992). Por eso, en esta investigación nos planteamos estudiar la relación entre las estrategias de aculturación a través del MIPS. Consecuentemente, este objetivo se plantea, por un lado, para explorar si existen estilos diferenciales de personalidad en los/as migrantes rumanos/as y, por otro lado, de qué manera dichos estilos influye a la hora de exponerse a la cultura española. Al ser los estilos de personalidad aquellas formas de funcionamiento estables pero no definitivas de las personas, se analiza el carácter interactivo de estos con los aspectos característicos de la migración.

Hipótesis 5.1. *Existirán diferencias estadísticamente significativas entre la personalidad de los/as rumanos/as (migrantes y no migrantes) y los/as españoles/as. Existirán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de rumanos/as migrantes y el grupo de rumanos/as no migrantes.*

Hipótesis 5.2. *Existirán diferencias estadísticamente significativas en los estilos de personalidad entre las mujeres y los hombres (migrantes y no migrantes). Las mujeres puntuarán más alto que los hombres en los estilos considerados desadaptativos.*

Hipótesis 5.3. *El tiempo de residencia en España correlacionará con los estilos de personalidad del MIPS.*

Hipótesis 5.4. *Las variables de personalidad más adaptativas tendrán capacidad predictiva sobre las variables de salud física/psicológica (salud autopercebida, satisfacción personal, salud mental y estrés aculturativo). Las variables de personalidad menos adaptativas predecirán una peor salud física/psicológica (salud autopercebida, satisfacción personal, salud mental y estrés aculturativo).*

Hipótesis 5.5. *Las personas de las estrategias integración y asimilación puntuarán más alto en los estilos de personalidad considerados adaptativos mientras*

que las personas de las estrategias separación y marginación puntuarán más alto en los estilos de personalidad considerados desadaptativos.

Hipótesis 5.6. *Explorar qué estilos de personalidad se relacionan con la escala de aculturación adaptarse a las normas del país de destino y cuáles se relacionan con la escala de aculturación mantener las normas del país receptor.*

11.2. Diseño

Se trata de un diseño ex post facto prospectivo de corte transversal. En primer lugar, se realiza un diseño ex post facto de comparación de grupos ya que se comparan los resultados del grupo de rumanas/os residentes en Rumania y el grupo de migrantes rumanas/os residentes en España en las variables personalidad, conformidad con las normas de género, salud física/mental y apoyo autopercebido. Además, también se comparan los resultados entre mujeres y hombres. Posteriormente, el diseño aplicado es uno de tipo correlacional al medir el grado de relación entre las variables medidas en este estudio. Finalmente, se cuantifica la relación entre las variables personalidad y aculturación y personalidad y salud, empleando un diseño de tipo predictivo.

11.3. Participantes

Teniendo en cuenta el número total de migrantes y el número de migrantes rumanos/as residentes en España, se calcula el tamaño muestral necesario para que el grupo de participantes de este estudio sea representativo de la población de inmigrantes.

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de la muestra a calcular

N = Número de mujeres inmigrantes en España

$Z_{1-\alpha}$ = 1.96 (nivel de confianza 95% y error de muestreo .05)

p = prevalencia de rumanos/as residentes en España

q = $1 - p$

d = precisión que se fija en .05

Según la Secretaría General de Inmigración y Emigración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en el año 2013, en España había un total de 5.503.977 migrantes. Rumania es el país más representado con 925.140 rumanas/os. A partir de estos datos se calcula el tamaño muestral necesario para tener un grupo representativo de migrantes rumanas/os residentes en España. El tamaño necesario de la muestra se establece en 215 personas.

Para este estudio se han recogido datos de 314 rumanas/os residentes en España (ver figura 11.1). Al igual que en el Estudio piloto y el Estudio 1, se han eliminado los datos de aquellos participantes que no cumplen los criterios de consistencia del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), es decir, el punto de corte $C_n < 3$. Teniendo en cuenta este índice, el grupo de participantes de este estudio está formado por 234 rumanas/os residentes en España (163 mujeres y 71 hombres) con un rango de edad comprendido entre los 18 años y los 61 ($D.T. = 10.07$). En la tabla 11.1 se describen las características sociodemográficas de las/os participantes.

En cuanto al estado civil, el 53% de las/os participantes están casadas/os, el 25.2% están solteras/os, el 10.3% separadas/os o divorciadas/os, 10.7% vive con su pareja y, por último, el 0.9% es viudo/a. El 57.8% de las/os participantes tienen hijos/as mientras que el 42.2% no tiene descendencia. A pesar de no estar incluidos estos datos en la tabla, a continuación se describen el número de hijos/as, cuántos/as están en España y cuántos/as en Rumania. En primer lugar, en cuanto al número de hijos/as, de los/as 134 participantes que declaran tener hijos/as, 66 personas (49.3%) tienen un/a único/a hijo/a, 55 personas tienen dos hijos/as (41%), 10 personas tienen tres hijos/as (7.5%), 2 personas tienen cuatro hijos/as (1.5%) y sólo una persona tiene cinco hijos/as (0.7%) con un promedio de 1.63 hijos/as ($D.T. = 0.75$). Con respecto a si están o no en España, 15 personas (11.2%) no tienen a sus hijos/as en España, 69 personas (51.5%) tienen un/a hijo/a en España, 42 (31.3%) tienen dos hijos/as en España, 7 participantes (5.2%) tienen tres hijos/as y sólo un participante tiene cuatro hijos/as en España. Por último, en cuanto a si los/as hijos/as están o no en Rumania, 109 participantes (81.3%) no tienen a sus hijos/as en Rumania; de los/as participantes que sí tienen hijos/as en Rumania, 17 participantes (70.8%) tienen un/a hijo/a, 4 participantes (16.7%) tienen dos hijos/as en Rumania y 3 participantes (12.5%) tienen tres hijos/as que se encuentran en Rumania.

De estos datos se puede observar que hay participantes cuyos/as hijos/as se encuentran en otros países, pero no se dispone de dicha información.

Solo el 0.9% de las personas que participan en este estudio tienen estudios primarios, el 7.8% cuenta con estudios secundarios, el 51.1% tienen estudios de bachillerato mientras que el 27.7% tienen estudios universitarios y un 12.6%, estudios de posgrado. De todos/as los/as participantes, el 65.4% trabajan, el 4.7% se dedican a estudiar mientras que el resto de porcentaje se divide entre las personas que se dedican a las labores domésticas (6%), el 1.3% está jubilado/a y el 10.7% se encuentran desempleadas. El 57.9% de las personas declaran ser ortodoxas, el 32.2% protestantes, el 3% son católicas, el 1.7% agnósticas y 4.7% son ateas. El 0.4% declara tener otras religiones. Aproximadamente la mayoría refiere tener un nivel socioeconómico que se reparte entre medio bajo y medio alto, mientras que un 11.4% refiere un nivel bajo y el 1.3% restante, alto. En cuanto al nivel de ingresos, el 34.1% ingresa hasta 650 euros, el 37.2% ingresa entre 650 y 1000 euros, el 23.9% ingresa entre 1000 y 1500 euros mensuales, el 3.5% ingresa entre 1500 y 2000 euros y un 1.3% ingresa más de 2000 euros al mes.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión para la participación en este estudio se han tenido en cuenta, por un lado, los siguientes criterios de inclusión: ser migrante rumano/a residente en España y ser mayor de edad; el criterio de exclusión está relacionado con el analfabetismo funcional en rumano.

Los datos han sido recogidos en su mayoría (91%) en Madrid y la Comunidad de Madrid. El resto de participantes se reparte entre ciudades como Murcia, Roquetas de Mar, Santiago de Compostela, Barcelona, Zaragoza y Castellón de la Plana. En cuanto a su ciudad de origen, el 7.69% es de Alexandria, el 6.84% es de Bucarest, el 5.5% de Ploiești y el resto, de ciudades como Constanța, Alba-Iulia, Cluj-Napoca, Brașov, Brăila, Câmpia Turzii, etc.

Tabla 11.1. Características sociodemográficas de los/as migrantes rumanos/as residentes en España

	♀ (n = 163)		♂ (n = 71)		Total (N = 234)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Estado civil						
Solteras/os	42	25.8	17	23.9	59	25.2
Casadas/os	83	50.9	41	57.7	124	53
Separada/ o divorciada/o	21	12.9	3	4.2	24	10.3
Convive en pareja	15	9.2	10	14.1	25	10.7
Viuda/o	2	1.2	0	0	2	0.9
Nacionalidad pareja						
Rumana	89	85.6	46	88.5	135	86.5
Española	12	11.5	5	9.6	17	10.9
Otros	3	2.9	1	1.9	4	2.6
Hijas e hijos						
Sí	95	59	39	54.9	134	57.8
No	66	41	32	45.1	98	42.2
Vive solo/a						
Sí	12	7.4	2	2.8	14	6
No	162	92.6	69	97.2	219	94
Nivel educativo						
Primarios	1	0.6	1	1.4	2	0.9
Secundarios	9	5.6	9	12.7	18	7.8
Bachillerato	76	47.5	42	59.2	118	51.1
Estudios universitarios	47	29.4	17	23.9	64	27.7
Estudios de posgrado	27	16.9	2	2.8	29	12.6
Situación laboral (España)						
Trabajo	109	66.9	44	62	153	65.4
Ama de casa	13	8	1	1.4	14	6
Estudiante	7	4.3	4	5.6	11	4.7
En desempleo	11	6.7	14	19.7	25	10.7
Jubilada/o	3	1.8	0	0	3	1.3
Otros	20	12.3	8	11.3	28	12
Religión						
Ortodoxa	94	57.7	41	58.6	135	57.9
Protestante	55	33.7	20	28.6	75	32.2
Católica	4	2.5	3	4.3	7	3
Agnosticismo	2	1.2	2	2.9	4	1.7
Ateo/a	7	4.3	4	5.7	11	4.7
Otra	1	0.6	0	0	1	0.4
Nivel socioeconómico						
Bajo	16	10.1	10	14.1	26	11.4
Medio-bajo	91	57.6	47	66.2	138	60.3
Medio-alto	48	30.4	14	19.7	62	27.1
Alto	3	1.9	0	0	3	1.3
Ingresos propios al mes						
0-650 euros	56	35.2	21	31.3	77	34.1
650-1000 euros	70	44	14	20.9	84	37.2
1000-1500 euros	28	17.6	26	38.8	54	23.9
1500-2000 euros	4	2.5	4	6	8	3.5
más de 2000 euros	1	0.6	2	3	3	1.3
Edad	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
	36.82	9.88	37.69	10.55	37.09	10.07
Rango	22-61		18-60		18-61	

11.4. Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos aplicados en este estudio.

11.4.1. Variables sociodemográficas

A los/as participantes se les ha preguntado por una serie de características sociodemográficas: edad, ciudad de origen, ciudad de residencia, sexo, año de llegada a España, el número de hijos, su situación laboral, la religión, el nivel socioeconómico y la razón por la que han migrado.

11.4.2. El Índice Vancouver de Aculturación

El Índice Vancouver de Aculturación (*Vancouver Index of Acculturation*, VIA) (Ryder, Alden y Paulhus, 2000) es un instrumento que evalúa varios dominios relacionados con la aculturación, tales como los valores, las relaciones sociales y la adherencia a las tradiciones. Este auto-informe está creado por 20 ítems, 10 pares referidos a la cultura del país de origen y la cultura del país receptor. Cada ítem se evalúa sobre una escala *likert* de 7 puntos que va de 1 (*muy en desacuerdo*) a 7 (*muy de acuerdo*).

Debido a que este instrumento está construido según el modelo bidimensional de Berry, las cuatro estrategias de aculturación se han obtenido al igual que en el trabajo de Ward y Rana-Deuba (1999) a partir de la mediana de cada dimensión. En este grupo de participantes, el valor de la mediana para la dimensión Mantener las costumbres del país de origen se sitúan en 54.50 y para la dimensión Adoptar las costumbres del país receptor, en 45. De esta forma, las personas que obtienen valores por debajo de los valores de la mediana se encuentran en la categoría Marginación; la estrategia de aculturación Separación incluye a todas las personas que puntúan por encima del valor de la mediana en la dimensión relacionada con el mantenimiento de la herencia cultural y por debajo del valor de la mediana en Adoptar las costumbres del país receptor; aquellas personas que puntúan por debajo del valor 54.50 en Mantener las costumbres del país de origen y por encima del valor 45 en Adoptar las costumbres del país receptor pertenecen a la categoría Asimilación; las personas que obtienen valores por encima de los valores de la mediana están en la categoría Integración.

11.4.3. Cuestionarios de Medida de la Salud Física

Este instrumento ha sido descrito en el Capítulo 7. Método (Estudio I) (págs. 134-136).

11.4.4. Cuestionarios de medida de la salud psicológica

La descripción de estos instrumentos se puede consultar el Capítulo 7. Método (Estudio I) (págs. 136-137).

11.4.4.1. Cuestionario SAFE

La Escala de Estrés de aculturación Social, Actitudinal, Familiar y Ambiental (*Social, Attitudinal, Familial, and Environmental acculturative stress scale*, SAFE) de Mena, Padilla y Maldonado (1987) está formada por 24 ítems que evalúan el estrés de aculturación en contextos sociales, familiares, ambientales y el estrés que provoca la percepción de discriminación hacia la población migrante. En este estudio se han añadido otros dos ítems que Hovey y Magaña (2000) añadieron: "*I feel guilty because I have left family or friends in my home country*" y "*I feel that I will never gain the respect that I had in my home country*". Por lo tanto, esta escala está formada por 26 ítems. Hay 6 alternativas de respuestas que oscilan entre 0 y 5. El valor 0 indica que el/la participante nunca ha vivido la situación planteada mientras que el resto de las alternativas van variando en función del estrés percibido, siendo 1 considerado como *nada estresante* y 5, *extremadamente estresante*. La puntuación total puede ir de 0 a 130 y se interpreta de tal forma que a más puntuación, mayor estrés de aculturación.

11.4.5. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11)

Este instrumento ha sido descrito en el Capítulo 7. Método (Estudio I) (pág. 137-139).

11.4.6. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas

Este instrumento se ha descrito en el Capítulo 7. Método (Estudio I) (pág. 139).

11.4.7. Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas

Instrumento descrito en el Capítulo 7. Método (Estudio I) (pág. 139-140).

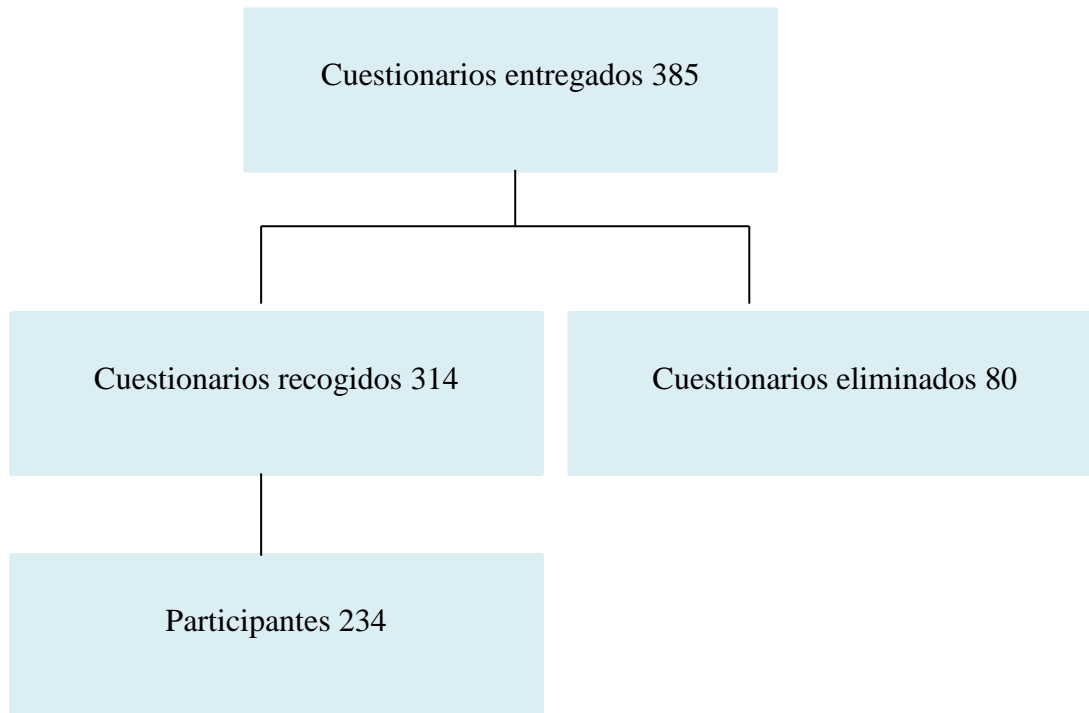
11.4.8. Inventario de estilos de personalidad Millon (MIPS)

Este instrumento ha sido descrito en el Capítulo 7. Método (Estudio I) (pág. 140-143).

11.5. Procedimiento

En este estudio, para contactar con los/as participantes se ha utilizado un procedimiento no probabilístico, utilizándose la técnica bola de nieve. La autora de esta investigación contactó con la Embajada de Rumania en el Reino de España y también con varias asociaciones e iglesias adventistas. La Embajada de Rumania en el Reino de España proporcionó los datos de contacto de las profesoras que imparten el curso de Lengua, cultura y civilización rumana en España. Las asociaciones *Dor român* de Arganda del Rey, la Asociación *CONFLUENCIA DE HUELLAS CULTURALES* de Parla y la Asociación *Hispano-Rumana Integramas* de Villalba y las Iglesias Adventistas *Calatrava*, *Sion* y *Efes* participaron en la recogida de datos y la autora de esta investigación se desplazó a dichas asociaciones o, en ocasiones, quedaba con las/os participantes en diferentes sitios para la recogida de datos. Asimismo, algunos protocolos fueron enviados por correo electrónico. En todos los casos, los instrumentos fueron administrados con una portada en la que se explicaban los objetivos del estudio y las instrucciones a seguir. Se pedía el consentimiento informado, en caso en que la persona decidía participar. Asimismo, se garantizaba el anonimato de los datos. Se entregaron 385 cuestionarios, de los cuales 71 no fueron devueltos y 80 han sido eliminados de la base de datos por no cumplir el índice de consistencia del MIPS ($C_n < 3$). En la figura 11.1 se describe el número de participantes.

Figura 11.1. Número de participantes



11.6. Análisis de datos

Los análisis de datos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows (IBM Corporation, 2013). Para el cálculo de la potencia estadística se empleó el programa G*Power para Windows (Faul, 2013), versión 3.1.9.2.

Antes de empezar a realizar los análisis, se calculó el coeficiente α de Cronbach de cada uno de los cuestionarios utilizados. Asimismo, se comprobaron los supuestos estadísticos de cada técnica paramétrica utilizada.

En primer lugar, se realizó un estudio descriptivo de las características sociodemográficas. En este caso se presentan las frecuencias y porcentajes y los resultados se presentan desglosados por sexos. Para las demás variables, se calculan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y apuntamiento de cada uno de los instrumentos utilizados.

En segundo lugar, se calculan las diferencias entre los dos grupos que se estudian en las variables sociodemográficas. Para comprobar si dos variables cualitativas guardan relación entre sí, se ha realizado la prueba Chi-cuadrado y, en el caso de encontrar relación, se presenta el V de Cramer como estimador del tamaño de

efecto de dicha relación. En el caso de las variables continuas, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. A la hora de realizar los análisis se ha tenido en cuenta la homogeneidad de varianza mediante la prueba de Levene.

Por último, en el caso de los análisis correlacionales se empleó la correlación de Pearson (para las variables continuas) y la correlación biserial-puntual (en el caso de una variable dicotómica sí/no y otra variable continua).

Las pruebas utilizadas según los objetivos de este capítulo son las siguientes:

a) *Prueba t para muestras independientes*: Es una prueba paramétrica que sirve para determinar cambios entre los valores de una variable cuantitativa con una nominal dicotómica. En el presente estudio se lleva a cabo este análisis para determinar si hay diferencias entre los dos grupos de rumanos/as y entre hombres y mujeres en las variables de personalidad, género, salud física/mental y apoyo social. En los resultados significativos, se calculó el tamaño del efecto a posteriori, utilizando el estadístico *d* de Cohen (Cohen, 1988) así como la potencia estadística a posteriori ($1-\beta$).

b) *Análisis de varianza de un factor (ANOVA)*: Esta técnica se emplea para estudiar el efecto de una variable independiente (factor), sobre la variable dependiente. Se aplica cuando la variable independiente tiene tres o más niveles que se desean comparar. En los casos en los que la prueba de Levene ha resultado estadísticamente significativa, es decir, no se han asumido varianzas iguales, se ha utilizado el estadístico Brown-Forsythe. En aquellos resultados en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los grupos de comparación, se ha calculado el coeficiente η^2 (eta cuadrado parcial) así como la potencia estadística a posteriori ($1-\beta$). Para establecer entre qué grupos existen diferencias estadísticamente significativas se ha empleado la prueba de Bonferroni o Games-Howell, cuando no se sume igualdad de varianzas.

c) *Coefficiente de correlación lineal de Pearson*: Es un índice estadístico que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas. Esta técnica se realiza para establecer las correlaciones entre los indicadores de salud y la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas, la salud y las escalas de aculturación mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor, la personalidad y las dos escalas de aculturación del VIA, la salud y la personalidad. Para las variables de salud consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos y la conformidad con las normas de género masculinas/femeninas, se ha empleado la correlación biserial-puntual.

d) *Análisis de regresión lineal múltiple*: Esta técnica permite seleccionar variables independientes cuantitativas como predictoras o explicativas de una variable dependiente cuantitativa. El método de selección de predictores empleado en este estudio es el de pasos sucesivos (*stepwise*). No se han seleccionado todas las variables que tenían correlación, sino solamente aquellas variables que tenían una correlación lineal alta con la variable dependiente, para evitar la inflación del coeficiente de determinación al incluir varias variables predictoras. Se incluyen las estimaciones del coeficiente de determinación y el incremento de este coeficiente a medida que se incluyen predictores significativos.

12.RESULTADOS (ESTUDIO III)

En este capítulo se describen los resultados del Estudio III. En primer lugar, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables aculturación, salud física y mental, género, personalidad y apoyo social autopercebido. A continuación, se presentan las diferencias en las características sociodemográficas entre el grupo de migrantes rumanas/os y el grupo de rumanas/os residentes en Rumania. Por último, se describen los resultados de los análisis estadísticos según las hipótesis planteadas.

12.1. Análisis descriptivos

A continuación se describen los análisis descriptivos de las variables de estudio de esta investigación.

12.1.1. Variables de aculturación

En la tabla 12.1 se presentan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, los valores mínimos y máximos, así como también la asimetría y curtosis de las dos escalas del instrumento VIA que está compuesto por dos escalas: mantener las costumbres de Rumania y adoptar las costumbres españolas.

Tabla 12.1. Estadísticos descriptivos del VIA en migrantes rumanas, migrantes rumanos y el grupo total

VIA mantener	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Mujeres	51.70	13.45	16	70	-3.18	-0.94
Hombres	51.66	11.75	24	69	-2.08	-0.84
Total	51.69	12.93	16	70	-3.75	-1.12
VIA adoptar						
Mujeres	45.49	11.73	10	69	-1.94	-0.40
Hombres	41.81	12.03	20	65	0.28	-1.54
Total	44.40	11.91	10	69	-1.46	-1.52

Notas: *N* = 234; 163 mujeres y 71 hombres

En el grupo de mujeres, las medias en la escala mantener las costumbres de Rumania oscilan entre 16 y 70 mientras que en el grupo de los hombres, estas medias oscilan entre 24 y 69 puntos. En la escala adoptar las costumbres del país receptor, las medias de las mujeres están situadas entre 10 y 69 mientras que en el caso de los

hombres, dichas medias se encuentran entre 20 y 65. Si en la escala mantener las costumbres del país de origen, la asimetría es negativa tanto para las mujeres como para los hombres, en el caso de la escala adoptar las costumbres del país receptor, la distribución de las puntuaciones de las mujeres es negativa mientras que la de los hombres es aproximadamente simétrica.

12.1.2. Variables de salud

A continuación se presentan las variables de salud física y mental empleadas en esta investigación.

12.1.2.1. Salud física

La salud física se ha medido a través de la salud autopercebida, los hábitos de vida saludable, el número de dolencias y el uso de servicios sanitarios.

a) Salud física

Los estadísticos descriptivos de la salud física autopercebida para las mujeres, los hombres y el grupo total de migrantes rumanos/os se presentan en la tabla 12.2. La media de la salud física autopercebida en el grupo total de mujeres y hombres migrantes es igual a 7.24 ($D.T. = 1.99$), siendo más baja en el caso de las mujeres ($M = 7.05$, $D.T. = 2.05$) que en el caso de los hombres ($M = 7.66$, $D.T. = 1.79$). Esta variable tiene una distribución asimétrica negativa, con puntuaciones altas predominantemente tanto en mujeres como en hombres. El índice de curtosis señala que se trata de una distribución leptocúrtica.

Tabla 12.2. Estadísticos descriptivos de la salud física autopercebida según el sexo en migrantes rumanos/as

Salud física	M	$D.T.$	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Mujeres	7.05	2.05	1	10	-4.67	1.79
Hombres	7.66	1.79	2	10	-3.50	2.01
Total	7.24	1.99	1	10	-5.88	2.58

Notas: $N = 234$; 163 mujeres y 71 hombres

b) Hábitos de vida saludables

En la tabla 12.3 se presentan las frecuencias y los porcentajes de las conductas relacionadas con la ingesta de alcohol, consumo de tabaco, ingesta de fármacos, ingesta de psicofármacos, ejercicio físico y número de horas de sueño para las mujeres migrantes, los hombres migrantes y el grupo total. El 47.2% del grupo total de participantes no consume alcohol y sólo el 2.1% consume una vez al día. En cuanto al consumo de tabaco, el 76% de los/as participantes fuman. Con respecto a la ingesta de fármacos, el 26.2% de las/os participantes no consumen fármacos, el 54.9% consume cada dos o tres semanas, el 3.9% consume dos o tres veces por semana y el 15% consume todos los días. Aproximadamente la mayoría de los/as participantes no consume psicofármacos (85.8%). El porcentaje de personas que realizan ejercicio físico se sitúa en torno al 50% (50.9% realiza ejercicio físico y 49.1% no realiza ejercicio físico). Las/os participantes duermen de media 7.39 horas, con un mínimo de 5 horas y un máximo de 10.

Tabla 12.3. Frecuencias (%) de los hábitos de vida saludables según el sexo						
Hábitos de vida saludable	♀ (n = 163)		♂ (n = 71)		Total (N = 234)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ingesta de alcohol						
Nunca	87	53.7	23	32.4	110	47.2
Esporádicamente	54	33.3	23	32.4	77	33
Una vez por semana	7	4.3	6	8.5	13	5.6
Fines de semana	13	8	10	14.1	23	9.9
3-4 veces por semana	1	0.6	4	5.6	5	2.1
Una vez al día	0	0	5	7	5	2.1
Consumo de tabaco						
No fuma o esporádicamente	126	77.8	51	71.8	177	76
De 1 a 5 diarios	6	3.7	4	5.6	10	4.3
De 6 a 10 diarios	9	5.6	4	5.6	13	5.6
De 11 a 20 diarios	17	10.5	8	11.3	25	10.7
Más de 20 diarios	4	2.5	4	5.6	8	3.4
Ingesta de fármacos						
Nunca	32	19.8	29	40.8	61	26.2
Cada 2 ó 3 semanas	97	59.9	31	43.7	128	54.9
2 ó 3 veces por semana	8	4.9	1	1.4	9	3.9
Todos los días	25	15.4	10	14.1	35	15
Ingesta de psicofármacos						
Nunca	133	82.1	67	94.4	200	85.8
Cada 2 ó 3 semanas	19	11.7	2	2.8	21	9
2 ó 3 veces por semana	2	1.2	0	0	2	0.9
Todos los días	8	4.9	2	2.8	10	4.3
Ejercicio físico						
Sí	82	50.9	36	50.7	118	50.9
No	79	49.1	49.3	49.3	114	49.1
Número de horas de sueño	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>
	7.39	1.03	7.41	0.90	7.39	0.99

c) Número de dolencias y uso de servicios sanitarios

Para evaluar el número de dolencias se ha utilizado el Cuestionario de Dolencias Físicas (Sánchez-López et al., 2001).

Tabla 12.4. Estadísticos descriptivos de las dolencias físicas según el sexo en migrantes rumanos/os

Ítems Cuestionario de Dolencias Físicas	♀ (n = 163)		♂ (n = 71)		Total (N = 234)	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
1. Presencia de mareos	1.72	0.77	1.28	0.51	1.59	0.73
2. Presencia de dolor de cabeza	2.12	0.86	1.70	0.64	2.00	0.82
3. Presencia de dolor de espalda	2.44	0.99	2.08	0.86	2.33	0.96
4. Presencia de dolor de piernas	2.29	1.05	1.86	0.95	2.16	1.04
5. Presencia de otros dolores	1.61	0.80	1.47	0.85	1.57	0.81
6. Presencia de náuseas	1.36	0.68	1.13	0.45	1.29	0.62
7. Presencia de cansancio	2.80	0.86	2.30	0.87	2.65	0.89
8. Presencia de problemas respiratorios	1.54	0.93	1.37	0.76	1.49	0.89
9. Presencia de problemas digestivos	1.73	0.81	1.37	0.57	1.63	0.76
10. Presencia de dolores en el corazón o pecho	1.40	0.71	1.26	0.63	1.35	0.69
11. Presencia de dolores musculares	1.88	0.84	1.86	0.82	1.87	0.83
12. Presencia de sudores fríos o sofocos	1.37	0.75	1.14	0.46	1.3	0.68
13. Presencia de hormigueos	1.53	0.81	1.34	0.63	1.48	0.77
14. Presencia de debilidad en partes del cuerpo	1.70	0.85	1.31	0.57	1.58	0.80
15. Presencia de pesadez en brazos o piernas	1.68	0.91	1.49	0.79	1.63	0.88
16. Presencia de dolores no especificados	1.42	0.70	1.35	0.68	1.40	0.69

La puntuación total puede oscilar entre 16 y 64 puntos. La media de las mujeres en esta escala es de 28.66 ($D.T. = 7.80$) y, en el caso de los hombres, la media es igual a 24.13 ($D.T. = 5.93$).

Tabla 12.5. Frecuencia (%) de las dolencia físicas en el grupo total de migrantes rumanos/as

Ítems Cuestionario de Dolencias Físicas	Rara vez Nunca	En ocasiones	A menudo	Frecuente
1. Presencia de mareos	54.3	34.5	9.5	1.7
2. Presencia de dolor de cabeza	28.4	49.1	16.8	5.6
3. Presencia de dolor de espalda	21	38.6	26.2	14.2
4. Presencia de dolor de piernas	32.3	34.5	18.1	15.1
5. Presencia de otros dolores	59.7	28.1	7.8	4.3
6. Presencia de náuseas	78.7	15.7	3.9	1.7
7. Presencia de cansancio	9.9	33.6	37.9	18.5
8. Presencia de problemas respiratorios	70.7	17.2	4.7	7.3
9. Presencia de problemas digestivos	52.6	34.5	10.8	2.2
10. Presencia de dolores en el corazón o pecho	74.5	17.7	5.6	2.2
11. Presencia de dolores musculares	37.1	43.5	14.7	4.7
12. Presencia de sudores fríos o sofocos	79.2	14.3	3.5	3
13. Presencia de hormigueos	65.4	25.5	5.2	3.9
14. Presencia de debilidad en partes del cuerpo	58.2	28.4	10.3	3
15. Presencia de pesadez en brazos o piernas	58.6	25.9	9.9	5.6
16. Presencia de dolores no especificados	70	22.3	5.6	2.1

Notas: N = 234; 163 mujeres y 71 hombres

Por lo que se puede observar en la tabla 12.6, en el caso de las mujeres, las dolencias más frecuentes son el cansancio físico (22.2% de las mujeres contestan que tienen este tipo de dolencia frecuentemente), dolor de espalda (para el 18.5% de las mujeres es un dolor frecuente) y dolor de espalda (17.9% de las mujeres contestan que es un dolor presente frecuentemente).

Tabla 12.6. Frecuencia (%) de las dolencia físicas en mujeres migrantes

Ítems Cuestionario de Dolencias Físicas	Rara vez Nunca	En ocasiones	A menudo	Frecuente
1. Presencia de mareos	45.4	39.9	12.3	2.5
2. Presencia de dolor de cabeza	24.1	46.9	21.6	7.4
3. Presencia de dolor de espalda	18.5	36.4	27.2	17.9
4. Presencia de dolor de piernas	26.5	36.4	18.5	18.5
5. Presencia de otros dolores	55.3	32.3	8.7	3.7
6. Presencia de náuseas	73.8	18.8	5.6	1.9
7. Presencia de cansancio	6.8	28.4	42.6	22.2
8. Presencia de problemas respiratorios	68.5	17.9	4.9	8.6
9. Presencia de problemas digestivos	46.3	37	13.6	3.1
10. Presencia de dolores en el corazón o pecho	70.8	21.1	5.6	2.5
11. Presencia de dolores musculares	36.6	44.7	13	5.6
12. Presencia de sudores fríos o sofocos	75.2	16.1	5	3.7
13. Presencia de hormigueos	62.7	25.5	7.5	4.3
14. Presencia de debilidad en partes del cuerpo	51.6	30.4	14.3	3.7
15. Presencia de pesadez en brazos o piernas	55.3	28	9.9	6.8
16. Presencia de dolores no especificados	68.5	22.8	6.8	1.9

Notas: n = 163

Para los hombres, el 10% tienen presencia de cansancio frecuentemente y el 7.1% tiene dolores de piernas frecuentemente (ver tabla 12.7).

Tabla 12.7. Frecuencia (%) de las dolencia físicas en hombres migrantes

Ítems Cuestionario de Dolencias Físicas	Rara vez Nunca	En ocasiones	A menudo	Frecuente
1. Presencia de mareos	75.4	21.7	2.9	0
2. Presencia de dolor de cabeza	38.6	54.3	5.7	1.4
3. Presencia de dolor de espalda	26.8	43.7	23.9	5.6
4. Presencia de dolor de piernas	45.7	30	17.1	7.1
5. Presencia de otros dolores	70	18.6	5.7	5.7
6. Presencia de náuseas	90	8.6	0	1.4
7. Presencia de cansancio	17.1	45.7	27.1	10
8. Presencia de problemas respiratorios	75.7	15.7	4.3	4.3
9. Presencia de problemas digestivos	67.1	28.6	4.3	0
10. Presencia de dolores en el corazón o pecho	82.9	10	5.7	1.4
11. Presencia de dolores musculares	38	40.8	18.3	2.8
12. Presencia de sudores fríos o sofocos	88.6	10	0	1.4
13. Presencia de hormigueos	71.4	25.7	0	2.9
14. Presencia de debilidad en partes del cuerpo	73.2	23.9	1.4	1.4
15. Presencia de pesadez en brazos o piernas	66.2	21.1	9.9	2.8
16. Presencia de dolores no especificados	73.2	21.1	2.8	2.8

Nota: n = 71

Con respecto al número de visitas a profesionales sanitarios/as durante los últimos 12 meses, la media del grupo total es de 4.65 ($D.T. = 6.48$), con personas que no han tenido ninguna visita y un máximo de 50 visitas. En cuanto al número de visitas acompañando a otra persona, la media del grupo total es de 3.45 ($D.T. = 5.25$) con un mínimo de ninguna visita y un máximo de 40 visitas (ver tabla 12.8).

Tabla 12.8. Medias y desviaciones típicas del número de dolencias y consultas médicas según el sexo

	♀ ($n = 163$)		♂ ($n = 71$)		Total ($N = 234$)	
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>
Número de dolencias	28.66	7.80	24.13	5.93	27.29	7.57
Consultas médicas último año						
Para sí misma/o	5.19	6.31	3.42	6.73	4.65	6.48
Acompañando a otra/o	3.89	5.75	2.45	3.71	3.45	5.25

12.1.2.2. Salud mental

En esta investigación, se han empleado tres instrumentos para la medición de la salud mental: los tres ítems que miden la satisfacción (familiar, laboral y global), el GHQ-12 (Goldberg y Williams, 1988) y el SAFE que mide el estrés aculturativo.

a) Satisfacción familiar, laboral y global

Los tres ítems que miden la satisfacción familiar, laboral y global tienen un formato *likert* con valores que pueden ir de 1 a 10. En la tabla 12.9 se describen los estadísticos descriptivos de las mujeres migrantes, los hombres migrantes y el grupo total. Los valores oscilan entre 1 y 10 en los tres ítems. Asimismo, la asimetría es negativa para todos los ítems y grupos.

Tabla 12.9. Medias y desviaciones típicas de los ítems de satisfacción familiar, laboral y global según el sexo

	♀ ($n = 163$)		♂ ($n = 71$)		Total ($N = 234$)	
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>
Satisfacción familiar	8.24	1.71	8.30	2.09	8.26	1.83
Satisfacción laboral	6.77	2.38	6.51	2.65	6.69	2.46
Satisfacción global	7.14	1.99	7.13	1.99	7.13	1.99

b) GHQ-12

Las puntuaciones obtenidas en el GHQ-12 pueden ir de 0 a 36, y, a mayor puntuación, peor salud. El criterio empleado para diferenciar entre buena y mala salud es una puntuación de 16 puntos, de tal forma que las personas cuyas puntuaciones son de 16 o más están en el grupo de mala salud mientras que aquellas que obtienen puntuaciones entre 0 y 15 buena salud. La media del grupo total de migrantes rumanos/os es de 11.40 ($D.T. = 4.55$). En el caso de las mujeres es de 11.66 ($D.T. = 4.55$) y en el caso de los hombres es igual a 10.82 ($D.T. = 4.38$) (ver tabla 12.10). La asimetría es positiva, es decir, las/os migrantes tienden a puntuar bajo en esta escala, lo que se traduce en buena salud mental. Las distribuciones de las puntuaciones en esta escala son leptocúrticas.

Tabla 12.10. Estadísticos descriptivos del GHQ-12 en migrantes rumanos/as						
GHQ-12	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Mujeres	11.66	4.55	4	31	7.84	8.53
Hombres	10.82	4.38	3	30	5.64	8.47
Total	11.40	4.50	3	31	9.48	11.05

Notas: $N = 234$; 163 mujeres y 71 hombres.

Por otro lado, se ha calculado el porcentaje de personas que tienen buena y mala salud mental, tomando el punto de corte 16. El porcentaje de personas que tiene buena salud mental es de 85% y el 15% tiene mala salud mental. Los porcentajes en el caso de las mujeres y los hombres, tal como se puede observar en la tabla 12.11 son bastante similares, por lo que el 84.7% de las mujeres tienen buena salud y el 85.9% de los hombres tiene buena salud; sólo el 15.3% de las mujeres tienen mala salud y el 14.1% de los hombres.

Tabla 12.11. Frecuencias (%) del GHQ-12 por sexos						
GHQ-12	♀ ($n = 163$)		♂ ($n = 71$)		Total ($N = 234$)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Buena salud	138	84.7	61	85.9	199	85
Mala salud	25	15.3	10	14.1	35	15

c) SAFE

El estrés aculturativo se mide a través del SAFE. En la tabla 12.12 se detallan las medias y desviaciones típicas de las mujeres y hombres migrantes, así como del grupo total. También se presentan el mínimo y el máximo, así como los índices de asimetría y curtosis. La puntuación media de esta escala de estrés de aculturación es igual a 40.55

(*D.T.* = 21.14). La asimetría de la distribución de las puntuaciones en el SAFE es positiva y la asimetría es aproximadamente mesocúrtica.

Tabla 12.12. Estadísticos descriptivos del SAFE en migrantes rumanos/as

SAFE	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Mujeres	40.55	21.14	2	96	3.43	-0.39
Hombres	39.71	19.17	8	91	2.27	-0.39
Total	40.29	20.52	2	96	4.10	-0.48

Notas: *N* = 234; 163 mujeres y 71 hombres

12.1.2.3. Apoyo social autopercibido

El apoyo social autopercibido se ha medido a través del Duke-UNC-11 (Broadhead et al., 1988). Las puntuaciones oscilan entre 11 y 55 puntos. La media en este cuestionario para el grupo total es de 43.74 (*D.T.* = 9.41). En la tabla 12.13 se pueden consultar los estadísticos descriptivos por sexos.

Tabla 12.13. Estadísticos descriptivos del Duke-UNC-11 en migrantes rumanos/as según el sexo

Duke-UNC	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Mujeres	44.03	9.56	16	55	-4.98	0.86
Hombres	43.07	9.09	20	55	-2	-0.65
Total	43.74	9.41	16	55	-5.23	0.27

Notas: *N* = 234; 163 mujeres y 71 hombres

Para la clasificación del apoyo social se ha utilizado el percentil 15 como punto de corte (Bellón et al., 1996; de la Revilla et al., 1991). En el caso de las mujeres, el percentil 15 se sitúa en 35 mientras que en el caso de los hombres se sitúa en 31.65 y en el grupo total, es la puntuación 34. Por lo tanto se han formado dos grupos a partir de estos dos puntos de cortes de tal forma que a mayor puntuación, más apoyo social percibido. El 84.8% de las mujeres y el 85.7% de los hombres tienen alto apoyo social. En la tabla 12.14 se pueden consultar los datos desagregados por sexos.

Tabla 12.14. Frecuencias (%) del Duke-UNC-11 en los/as migrantes rumanos/as según el sexo

Duke-UNC	♀ (<i>n</i> = 58)		♂ (<i>n</i> = 70)		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alto apoyo	134	84.8	60	85.7	193	84.6
Bajo apoyo	24	15.2	10	14.3	35	15.4

En la tabla 12.15 se presentan los porcentajes de los hombres y mujeres migrantes que valoran el apoyo social recibido por parte de las personas rumanas que viven en España, las personas rumanas que viven en Rumania, otras personas extranjeras que viven en España y las/os españolas/es. En general, las mujeres, en comparación con los hombres, perciben un mayor apoyo por parte de las personas rumanas que viven en España, las personas rumanas que viven en Rumania, los/as extranjeros/as que viven en España y los/as españoles/as.

Tabla 12.15. Frecuencia (%) del apoyo social en los/as migrantes rumanos/as según el sexo

Apoyo social	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Mujeres					
Personas rumanas que viven en España.	13.5	21.5	25.2	25.8	9.2
Personas rumanas que viven en Rumania.	14.7	16.6	28.2	23.3	11
Personas extranjeras que viven en España.	28.8	18.4	25.8	15.3	5.5
Personas españolas.	4.3	18.4	18.4	31.9	22.1
Hombres					
Personas rumanas que viven en España.	11.3	18.3	33.8	26.8	5.6
Personas rumanas que viven en Rumania.	19.7	22.5	29.6	16.9	7
Personas extranjeras que viven en España.	18.3	22.5	28.2	22.5	4.2
Personas españolas.	2	22.5	33.8	28.2	8.5
Total					
Personas rumanas que viven en España.	12.8	20.5	27.8	26.1	8.1
Personas rumanas que viven en Rumania.	16.2	18.4	28.6	21.4	9.8
Personas extranjeras que viven en España.	25.6	19.7	26.5	17.5	5.1
Personas españolas.	3.8	19.7	23.1	30.8	17.9

Notas: N = 223; 155 mujeres y 68 hombres.

12.1.3. Variables de género

12.1.3.1. Inventario de conformidad con las normas de género femeninas (CFNI)

En la tabla 12.16 se presentan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y apuntamiento del Inventario de conformidad con las normas de género femeninas (CFNI) para el grupo de las mujeres rumanas residentes en España. Las medias de las escalas se encuentran entre 34.34 (1-Agradable en las relaciones) y 13.29 (5-Modestia) y 11.88 (8-Invertir en la imagen). Las mujeres tienden a puntuar más alto en las escalas 2-Cuidadora de niños/as, 4-Fidelidad sexual y 7-Doméstica y, por lo tanto, las distribuciones de estas escalas tienen una asimetría negativa. Los índices de curtosis son mayores que 0 (distribuciones leptocúrticas)

excepto en el caso de las escalas 1-Agradable y 7-Doméstica en cuyo caso las distribuciones son platicúrticas).

Tabla 12.16. Estadísticos descriptivos del CFNI en mujeres

Escalas CFNI	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1. Agradable en las relaciones	34.34	4.85	22(0)	47(54)	-0.09	-0.78
2. Cuidadora de niños/as	24.39	5.60	1(0)	36(36)	-2.97	3.18
3. Delgadez	17.88	6.11	1(0)	32(33)	-1.36	0.13
4. Fidelidad sexual	22.60	4.91	6(0)	30(30)	-4.15	2.27
5. Modestia	13.29	3.23	5(0)	26(27)	0.67	2.5
6. Romántica en las relaciones	17.15	4.38	3(0)	26(27)	-1.39	1.74
7. Doméstica	18.19	3.34	8(0)	24(24)	-2.28	-0.34
8. Invertir en la imagen	11.88	3.54	4(0)	21(21)	2.21	0.06
Total	159.73	18.10	108(0)	203(252)	-1.87	0.33

Notas: $n = 163$. Entre paréntesis se señalan los valores mínimos y máximos considerando los ítems de cada escala

12.1.3.2. Inventario de conformidad con las normas de género masculinas (CMNI)

En el grupo de los migrantes rumanos, la media más alta se encuentra en la escala 10-Desprecio hacia la homosexualidad (16.87) y la más baja, en la escala 4-Violencia. Las escalas 5-Poder sobre las mujeres, 9-Primacía del trabajo, 10-Desprecio hacia la homosexualidad y 11-Búsqueda de posición social tienen distribuciones negativas. Los índices de curtosis de las escalas 3-Conductas de riesgo, 5-Poder sobre las mujeres, 7-Donjuanismo, 8-Independencia y 10-Desprecio hacia la homosexualidad son menores que 0 (distribuciones platicúrticas) (ver la tabla 12.17).

Tabla 12.17. Estadísticos descriptivos del CMNI en hombres migrantes rumanos

Escalas CMNI	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1. Ganar	15.29	4.17	5(0)	27(30)	0.42	1.55
2. Control emocional	16.28	4.48	5(0)	31(33)	1.84	2.71
3. Conductas de riesgo	16.48	3.19	10(0)	24(30)	0.09	-0.56
4. Violencia	7.70	4.04	0(0)	23(24)	3.22	4.14
5. Poder sobre las mujeres	8.32	3.72	0(0)	16(27)	-0.49	-0.87
6. Dominancia	6.43	1.74	2(0)	11(12)	1.13	1.8
7. Donjuanismo	11.91	5.15	1(0)	23(36)	0.01	-1.23
8. Independencia	6.74	2.37	2(0)	11(18)	0.47	-1.22
9. Primacía del trabajo	10.25	3.80	2(0)	19(24)	-0.24	0.13
10. Desprecio hacia la homosexualidad	16.87	6.49	1(0)	29(30)	-0.93	-0.45
11. Búsqueda de posición social	10.01	2.52	3(0)	17(18)	-0.99	1.53
Total	126.28	18.67	56(0)	184(282)	-1.78	5.35

Nota: $n = 69$. Entre paréntesis se señalan los valores mínimos y máximos en función de los ítems de cada escala

12.1.4. Variables de personalidad

En las tablas 12.18, 12.19 y 12.20 se presentan los estadísticos de tendencia central, variabilidad, valores mínimos y máximos, asimetría y apuntamiento del MIPS en el caso del grupo total de migrantes rumanos/as residentes en España; los datos se desagregan por sexos.

En el caso del grupo de las mujeres rumanas residentes en España, hay 13 escalas cuya distribución es negativa y 17 escalas con una distribución platicúrtica (ver tabla 12.18). Las medias oscilan entre 43.37 (10B-Conformismo) y 11.99 (4B-Introversión).

Tabla 12.18. Estadísticos descriptivos del MIPS en mujeres

Escalas MIPS	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1A. Expansión	24.57	7.88	2	37	-3.26	-0.79
1B. Preservación	18.39	10.37	0	40	1.61	-2.53
2A. Modificación	33.42	7.69	11	47	-3.21	-0.34
2B. Adecuación	16.74	8.97	1	44	2.6	-0.16
3A. Individualismo	21.01	7.58	3	42	1.69	-0.63
3B. Protección	32.48	8.31	3	48	-4.75	2.80
4A. Extraversión	27.46	8.22	0	42	-2.75	-0.65
4B. Introversión	11.99	7.06	0	32	2.65	-0.94
5A. Sensación	20.58	4.91	6	28	-4.04	0.24
5B. Intuición	21.35	7.39	6	43	1.91	-0.21
6A. Pensamiento	21.36	8.39	1	40	-0.58	-1.72
6B. Sentimiento	30.48	8.27	9	50	-1.24	-0.82
7A. Sistematización	42.17	9.03	15	57	-5.34	1.70
7B. Innovación	26.74	8.46	4	51	1.13	0.53
8A. Retraimiento	21.84	9.17	4	48	0.66	-1.62
8B. Sociabilidad	35.88	10.06	1	54	-2.68	-0.46
9A. Indecisión	19.03	11.27	0	49	1.62	-2.11
9B. Decisión	33.53	10.74	5	54	-1.95	-1.46
10A. Discrepancia	21.84	8.64	4	50	2.52	0.37
10B. Conformismo	43.37	8.46	12	57	-5.12	3.11
11A. Sumisión	18.07	8.26	2	40	3.63	-0.06
11B. Dominio	22.63	8.24	2	47	0.13	-0.03
12A. Descontento	28.20	8.87	3	52	-0.38	-0.11
12B. Aquiescencia	34.72	9.02	5	59	-1.54	1.42

Nota: *n* = 163

En el grupo de hombres rumanos residentes en España las medias del MIPS se encuentran entre 41.82 (10B-Conformismo) y 12.42 (4B-Introversión), al igual que en los dos casos anteriores. La mitad de las escalas tienen una asimetría positiva y 15 escalas tienen distribuciones platicúrticas (ver tabla 12.19).

Tabla 12.19. Estadísticos descriptivos del MIPS en hombres

Escalas MIPS	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1A. Expansión	25.44	7.27	7	37	-2.4	-0.08
1B. Preservación	15.15	9.47	0	37	1.40	-1.26
2A. Modificación	32.35	8.98	9	47	-3.08	0.42
2B. Adecuación	18.01	9.11	1	41	1.26	0.03
3A. Individualismo	23.75	6.87	11	42	2.25	0.40
3B. Protección	28.58	8.66	11	47	-1.15	-1.36
4A. Extraversión	25.90	9.86	5	42	-1.17	-1.39
4B. Introversión	12.42	6.78	0	32	1.94	0.10
5A. Sensación	20.10	5.86	1	28	-4.11	2.71
5B. Intuición	20.86	7.58	6	44	1.12	0.69
6A. Pensamiento	26.18	6.71	8	37	-2.30	-0.13
6B. Sentimiento	25.80	8.40	12	46	1.15	-0.91
7A. Sistematización	40.25	8.74	14	52	-3.64	1.11
7B. Innovación	27.96	7.55	12	45	0.25	-0.72
8A. Retraimiento	22.82	9.32	4	41	0.28	-1.34
8B. Sociabilidad	36.13	11.40	7	56	-0.99	-0.96
9A. Indecisión	16.23	11.23	0	44	1.66	-1.48
9B. Decisión	36.31	9.31	14	57	-0.16	-0.77
10A. Discrepancia	24.54	9.47	7	49	0.99	-0.93
10B. Conformismo	41.82	8.95	10	59	-2.47	2.28
11A. Sumisión	17.66	7.54	4	39	2.38	0.38
11B. Dominio	24.69	7.75	9	43	0.40	-0.52
12A. Descontento	29.08	8.80	10	47	-0.41	-1.44
12B. Aquiescencia	31.45	8.31	10	47	-2.12	-0.07

Nota: *n* = 71

En el grupo total de participantes rumanos/as residentes en España (tabla 12.20), las medias de las escalas se sitúan entre 42.89 (10B-Conformismo) y 12.12 (4B-Introversión). La mitad de las escalas tienen una asimetría positiva y las otras 12 escalas restantes tienen asimetría negativa. La distribución de 15 escalas es platicúrtica, siendo la distribución de las 9 escalas restantes, leptocúrtica.

12.2. Diferencias entre las/os rumanas/os residentes en Rumania y las/os migrantes rumanas/os residentes en España

En este apartado se presentan los análisis de las diferencias entre las/os rumanas/os residentes en Rumania y las/os migrantes rumanas/os residentes en España en las variables sociodemográficas. Por un lado, se llevaron a cabo los análisis de las diferencias entre los dos grupos, pero también se realizaron los análisis de las diferencias entre las mujeres rumanas residentes en Rumania y las migrantes rumanas residentes en España; en el caso de los hombres, se realizaron los mismos análisis que para las mujeres. Asimismo se analizaron las diferencias entre las mujeres y los hombres rumanas/os residentes en Rumania y también entre las mujeres y los hombres rumanas/os residentes en España. En el caso de las variables categóricas se ha utilizado

la prueba Chi-cuadrado y, en el caso de las variables continuas, la prueba *t* de Student. Al realizar la prueba *t* de Student se ha tenido en cuenta la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene.

Tabla 12.20. Estadísticos descriptivos del MIPS en total

Escalas MIPS	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1A. Expansión	24.83	7.69	2	37	-4.04	-0.73
1B. Preservación	17.41	10.19	0	40	2.20	-2.72
2A. Modificación	33.09	8.10	9	47	-4.66	0.43
2B. Adecuación	17.12	9.01	1	44	2.82	-0.24
3A. Individualismo	21.84	7.46	3	42	2.14	-0.29
3B. Protección	31.29	8.59	3	48	-4.36	0.66
4A. Extraversión	26.99	8.76	0	42	-3.03	-1.32
4B. Introversión	12.12	6.97	0	32	3.21	-0.84
5A. Sensación	20.44	5.21	1	28	-6.02	2.75
5B. Intuición	21.20	7.44	6	44	2.17	0.13
6A. Pensamiento	22.82	8.21	1	40	-1.97	-1.91
6B. Sentimiento	29.06	8.57	9	50	-0.48	-1.83
7A. Sistematización	41.58	8.95	14	57	-6.27	1.83
7B. Innovación	27.13	8.20	4	51	0.96	0.17
8A. Retraimiento	22.14	9.21	4	48	0.70	-2.11
8B. Sociabilidad	35.95	10.46	1	56	-2.63	-0.97
9A. Indecisión	18.18	11.31	0	49	2.19	-2.61
9B. Decisión	34.37	10.38	5	57	-2.13	-1.29
10A. Discrepancia	22.66	8.97	4	50	2.72	-0.41
10B. Conformismo	42.89	8.62	10	59	-5.53	3.59
11A. Sumisión	17.94	8.04	2	40	4.35	0.13
11B. Dominio	23.26	8.14	2	47	0.16	-0.26
12A. Descontento	28.48	8.85	3	52	-0.54	-0.91
12B. Aquiescencia	33.70	8.94	5	59	-1.97	1.24

Nota: *N* = 234

En el caso del estudio de las diferencias entre las mujeres y los hombres que residen en Rumania, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en nivel educativo ($\chi^2_4 = 32.38$, $p < .001$, *V* de Cramer = .22) y religión ($\chi^2_5 = 16.37$, $p < .01$, *V* de Cramer = .16). Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en edad ($t_{387.48} = -0.61$, $p > .05$), estado civil ($\chi^2_4 = 3.92$, $p > .05$), tener o no hijas/os ($\chi^2_3 = 0.001$, $p > .05$), número de hijas/os (en el caso de las personas que tienen) ($\chi^2_1 = 1.74$, $p > .05$), situación laboral ($\chi^2_4 = 2.32$, $p > .05$), nivel socioeconómico ($\chi^2_3 = 0.75$, $p > .05$) y número de personas que viven con el/la participante (en el caso de las personas que viven con otras personas) ($t_{633} = -1.25$, $p > .05$).

Los resultados del análisis de diferencias entre las/os migrantes rumanas/os residentes en España demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel educativo ($\chi^2_4 = 13.06$, $p < .05$, *V* de Cramer = 0.24) y situación laboral ($\chi^2_5 =$

13.07, $p < .05$, V de Cramer = 0.24). Por otro lado, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en edad ($t_{231} = -0.60$, $p > .05$), estado civil ($\chi^2_4 = 6.09$, $p > .05$), religión ($\chi^2_5 = 2.36$, $p > .05$), nivel socioeconómico ($\chi^2_3 = 4.68$, $p > .05$), años que llevan en España ($t_{224} = -1.84$, $p > .05$), tener o no hijas/os ($\chi^2_1 = 0.34$, $p > .05$), número de hijos/as ($t_{230} = 0.15$, $p > .05$), número de hijos/as que están en España ($t_{230} = 0.56$, $p > .05$), número de hijas/os que están en Rumania ($t_{229} = -0.74$, $p > .05$), vivir solo/a ($\chi^2_1 = 1.84$, $p > .05$), número de personas que viven con el/la participante ($t_{228} = -0.93$, $p > .05$), número de personas que pertenecen a la familia que viven con el/la participante ($t_{224} = -0.08$, $p > .05$).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de participantes rumanos/as residentes en Rumania y el grupo de migrantes rumanas/os residentes en España en edad ($t_{879} = -9.06$, $p < .001$), número de hijas/os ($t_{334.5} = -7.23$, $p < .001$), estado civil ($\chi^2_4 = 88.93$, $p < .001$, V de Cramer = 0.32), tener o no hijas/os ($\chi^2_1 = 63.84$, $p < .001$, V de Cramer = 0.27), nivel educativo ($\chi^2_4 = 83.20$, $p < .001$, V de Cramer = 0.31), situación laboral ($\chi^2_4 = 194.57$, $p < .001$, V de Cramer = 0.47), religión ($\chi^2_5 = 139.76$, $p < .001$, V de Cramer = 0.40) y nivel socioeconómico ($\chi^2_3 = 37.66$, $p < .001$, V de Cramer = 0.21). Las mismas diferencias se han encontrado cuando se han realizado estos análisis por sexos.

12.3. Objetivo 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida en las/os participantes migrantes.

Este primer objetivo se plantea para comprobar si los instrumentos utilizados para la medida de las variables (personalidad, conformidad con las normas de género femeninas/masculinas, apoyo social, salud mental, dolencias físicas) tienen coeficientes α de Cronbach adecuados en este grupo de participantes.

Hipótesis 1.1: *El análisis del α de Cronbach de los instrumentos utilizados permitirá su uso como medida de las variables empleadas en el grupo de migrantes rumanos/as.*

Los resultados para verificar esta hipótesis se muestran en la tabla 12.21. Los índices de fiabilidad del instrumento que mide las dos escalas bidimensionales de

aculturación mantener las costumbres del país de origen y la escala adoptar las costumbres del país receptor son iguales a .86 y .83, respectivamente.

En el caso del Cuestionario de Dolencias Físicas, el α del grupo total y del grupo de las mujeres se sitúa en .87 mientras que para el grupo de los hombres, éste es .83.

El α del GHQ-12 es igual a .68 para el grupo total de participantes, mientras que el α del instrumento que mide el estrés aculturativo es igual a .91 para el grupo total. El α de Cronbach para el instrumento de apoyo social autopercebido, el Duke-UNC-11, es igual a .90 para el grupo total de participantes.

Para el CFNI, los valores del α de Cronbach oscilan entre .63 (5-Modestia) y .83 (2-Cuidadora de niños/as y 3-Delgadez). En el caso de las normas de género masculinas, los valores encontrados para el CMNI se encuentran entre .61 (6-Dominancia) y .88 (10-Desprecio hacia la homosexualidad).

Los índices de consistencia interna para las escalas del MIPS varían entre .58 (5A-Sensación) y .83 (9A-Indecisión).

Estos resultados indican que los índices de fiabilidad obtenidos son adecuados, por lo que se puede proceder a los siguientes análisis.

12.4. Objetivo 2. Estrategias de aculturación

El segundo objetivo de este estudio se refiere a las estrategias de aculturación elegidas por las/os migrantes rumanas/os residentes en España. Asimismo, se estudian las relaciones entre la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas y las dos escalas del VIA (mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor). También se estudia cómo se modifican las escalas mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en los/as migrantes que llevan residiendo en España menos de 10 años y más de 10 años.

Hipótesis 2.1. *Las mujeres tendrán una puntuación más alta que los hombres en la escala adoptar las costumbres del país receptor. Asimismo, las mujeres elegirán más que los hombres las estrategias de aculturación integración y asimilación.*

Tabla 12.21. Fiabilidad de los instrumentos utilizados en migrantes rumanos/as

Instrumentos de evaluación	α mujeres	α hombres	α total
Estrategias de aculturación			
VIA mantener las costumbres rumanas	.87	.83	.86
VIA adoptar las costumbres españolas	.83	.83	.83
Cuestionario de dolencias físicas	.87	.83	.87
GHQ-12	.66	.70	.68
SAFE	.92	.89	.91
Duke-UNC	.91	.90	.90
CFNI			
1. Agradable en las relaciones			.65
2. Cuidadora de niños/as			.83
3. Delgadez			.83
4. Fidelidad sexual			.73
5. Modestia			.63
6. Romántica en las relaciones			.74
7. Doméstica			.73
8. Invertir en la imagen			.71
CMNI			
1. Ganar			.76
2. Control emocional			.82
3. Conductas de riesgo			.65
4. Violencia			.74
5. Poder sobre las mujeres			.75
6. Dominancia			.61
7. Donjuanismo			.77
8. Independencia			.69
9. Primacía del trabajo			.78
10. Desprecio hacia la homosexualidad			.88
11. Búsqueda de posición social			.67
MIPS			
1A. Expansión	.78	.74	.77
1B. Preservación	.82	.79	.81
2A. Modificación	.71	.77	.73
2B. Adecuación	.74	.73	.74
3A. Individualidad	.67	.59	.66
3B. Protección	.72	.72	.73
4A. Extraversión	.77	.82	.79
4B. Introversión	.72	.68	.71
5A. Sensación	.51	.69	.58
5B. Intuición	.62	.64	.62
6A. Pensamiento	.73	.61	.72
6B. Sentimiento	.71	.73	.74
7A. Sistematización	.75	.71	.74
7B. Innovación	.67	.59	.64
8A. Retraimiento	.75	.72	.74
8B. Sociabilidad	.76	.81	.77
9A. Indecisión	.82	.83	.83
9B. Decisión	.79	.73	.78
10A. Discrepancia	.71	.76	.73
10B. Conformismo	.70	.74	.71
11A. Sumisión	.71	.64	.69
11B. Dominio	.71	.68	.70
12A. Descontento	.72	.70	.71
12B. Aquiescencia	.68	.65	.70
Promedio	.72	.71	.72

Para comprobar esta hipótesis, en primer lugar, se realiza la prueba t de Student para muestras independientes entre mujeres y hombres para las escalas mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor (tabla 12.22). En segundo lugar, se presentan las frecuencias y los porcentajes del número de mujeres y hombres que eligen una de las cuatro estrategias de aculturación: marginación, separación, asimilación e integración (ver tabla 12.23).

Hay diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en la escala adoptar las costumbres del país receptor ($t_{211} = 2.08$, $p < .001$, $d = 0.31$, $1-\beta = .54$). Las mujeres obtienen una puntuación más alta en esta última escala. No se han encontrado diferencias entre la media de los hombres y la media de las mujeres en mantener las costumbres del país de origen.

Tabla 12.22. Prueba t de Student según el sexo en las escalas mantener costumbres del país de origen y adoptar costumbres del país receptor

VIA	♀ ($n = 151$)		♂ ($n = 63$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
VIA mantener	51.69	13.45	51.66	11.75	.02	-	-
VIA adoptar	45.49	11.73	41.81	12.03	2.08*	0.31	.54

Tal como se puede comprobar en la tabla 12.23, hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres que eligen la estrategia de aculturación asimilación, pero el 28.2% de los hombres eligen la estrategia de aculturación integración en comparación con el 27.6% en el caso de las mujeres. En el caso de la estrategia de aculturación separación, el porcentaje de mujeres que la eligen se sitúa en 17.8%, mientras que el porcentaje de los hombres es igual a 15.5%. Por último, hay un 35.2% de los hombres que eligen la estrategia de aculturación marginación en comparación con el 22.1% de las mujeres.

Tabla 12.23. Frecuencia (%) de las estrategias de aculturación en los/as migrantes rumanos/as según el sexo

Estrategias de aculturación	♀ ($n = 149$)		♂ ($n = 62$)		Total ($N = 211$)	
		%		%		%
Integración	45	27.6	20	28.2	65	30.8
Asimilación	39	23.9	6	8.5	45	21.3
Separación	29	17.8	11	15.5	40	19
Marginación	36	22.1	25	35.2	61	28.9

Hipótesis 2.2. *Existirán relaciones estadísticamente significativas en el caso de las normas de conformidad con las normas de género femeninas/masculinas y las dos escalas de aculturación del VIA (mantener las costumbres rumanas y adoptar las costumbres españolas).*

En la tabla 12.24 se muestran las correlaciones de Pearson entre las escalas que miden la conformidad con las normas de género femeninas y las escalas de aculturación mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor. Se han encontrado correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la escala mantener las costumbres del país de origen y las escalas 2-Cuidadora de niños/as, 3-Delgadez, 6-Romántica en las relaciones y la puntuación total del CFNI. Todas las correlaciones encontradas son positivas. La escala adoptar las costumbres del país receptor correlaciona negativamente con la escala 4-Fidelidad sexual.

Tabla 12.24. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en mujeres migrantes

Escalas CFNI	VIA mantener	VIA adoptar
1. Agradable en las relaciones	.08	.04
2. Cuidadora de niños/as	.29**	.03
3. Delgadez	.17*	-.06
4. Fidelidad sexual	.16	-.22**
5. Modestia	-.04	-.15
6. Romántica en las relaciones	.22**	-.14
7. Doméstica	.04	-.08
8. Invertir en la imagen	-.10	.12
CFNI total	.25**	-.11

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En el caso de los hombres, mantener las costumbres del país de origen correlaciona negativamente con la escala 4-Violencia. No se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la escala adoptar las costumbres del país receptor y las escalas de las normas de género masculinas.

Tabla 12.25. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en hombres migrantes

Escalas CMNI	VIA mantener	VIA adoptar
1. Ganar	-.00	.09
2. Control emocional	-.10	.02
3. Conductas de riesgo	.04	-.06
4. Violencia	-.27*	-.02
5. Poder sobre las mujeres	.16	-.05
6. Dominancia	-.09	.06
7. Donjuanismo	.07	.03
8. Independencia	-.10	-.06
9. Primacía del trabajo	.16	-.03
10. Desprecio hacia la homosexualidad	.23	-.07
11. Búsqueda de posición social	-.19	.04
CMNI total	.04	-.02

Notas: * $p < .05$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 2.3. *El grupo de rumanas/os con menos de 10 años de residencia presentarán mayores puntuaciones en la escala mantener las costumbres rumanas y menores puntuaciones en la escala adoptar las costumbres españolas que el grupo de rumanas/os con más de 10 años de residencia.*

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la escala mantener las costumbres del país de origen entre los/as migrantes que llevan menos de 10 años y los/as migrantes que llevan más de 10 años. Las/os migrantes que llevan más de 10 años en España puntúan más alto que las personas que llevan menos de 10 años en la escala adoptar las costumbres del país receptor, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($t_{203} = -3.33$, $p < .01$, $d = 0.47$, $1-\beta = .84$).

Tabla 12.26. Prueba t de Student según el tiempo de residencia en España. VIA mantener costumbres del país de origen y VIA adoptar costumbres del país receptor

VIA	< 10 años ($n = 98$)		> 10 años ($n = 128$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
VIA mantener	51.41	13.28	51.83	12.78	-0.23		
VIA adoptar	41.48	11.96	46.94	11.44	-3.33**	0.47	.84

Notas: ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

12.5. Objetivo 3. Salud.

Este objetivo surge del interés por conocer la salud de las/os migrantes rumanos/as residentes en España. Los estudios demuestran que la salud de los/as migrantes es

buena, pero después de aproximadamente 10 años de residencia en el país receptor, ésta empeora (Markides y Eschbach, 2011; Ng, 2011). A pesar de estos resultados, las mujeres migrantes, al igual que las mujeres de la población general, tienen peor salud que los hombres. Las hipótesis planteadas para verificar este objetivo se interesan por los siguientes indicadores de salud: salud física autopercebida, presencia de dolores, uso de servicios sanitarios, horas de sueño, satisfacción (familiar, laboral y global), salud mental (medida a través del GHQ-12 y, en el caso de los/as migrantes, también a través del SAFE, instrumento que mide el estrés aculturativo), consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de fármacos y consumo de psicofármacos. A continuación se describen los resultados en función de las hipótesis planteadas.

Hipótesis 3.1. *Las diferencias entre los indicadores de salud del grupo de migrantes rumanos/as y los/as rumanos/as residentes en Rumania serán estadísticamente significativas.*

- a) Grupo total (migrantes rumanos/as residentes en España y rumanos/as residentes en Rumania)

Para contrastar esta hipótesis, las variables han sido agrupadas en variables cuantitativas y analizadas con el estadístico t de Student y en variables cualitativas dicotómicas y analizadas con el estadístico χ^2 . En la tabla 12.27 se detallan los resultados sobre las diferencias de medias entre el grupo de rumanas/os residentes en Rumania y el de rumanas/os migrantes residentes en España. Tal como se puede observar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables salud física autopercebida ($t_{355.53} = 2.02, p < .05, d = 0.16, 1-\beta = .55$), presencia de dolores ($t_{367.58} = -2.05, p < .05, d = 0.16, 1-\beta = .55$), número de visitas al médico (problemas propios) ($t_{871} = -3.42, p < .01, d = 0.28, 1-\beta = .86$), número de visitas al médico (acompañando a otra persona) ($t_{857} = -2.09, p < .05, d = 0.16, 1-\beta = .55$) y satisfacción laboral ($t_{329.87} = 2.83, p < .01, d = 0.23, 1-\beta = .85$). Los/as migrantes rumanos/as puntúan más alto en presencia de dolores y número de visitas al médico tanto por problemas propios como también acompañando a otra persona. Las/os rumanas/os puntúan más alto en salud física y satisfacción laboral.

Tabla 12.27. Prueba *t* de Student según el sexo en las variables de salud

Salud	Migrantes (N = 234)		Rumanos/as (N = 648)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
Salud física	7.24	1.99	7.54	1.68	2.02*	0.16	.55
Salud mental	11.40	4.50	11.21	4.16	-0.56		
Presencia de dolores	27.29	7.57	26.13	6.73	-2.05*	0.16	.55
Nº visitas al médico (problemas propios)	4.65	6.48	3.05	5.05	-3.42**	0.28	.86
Nº visitas al médico (acompañando)	3.45	5.25	2.58	5.86	-2.09*	0.16	.55
Horas de sueño	7.39	0.99	7.50	1.26	1.26		
Satisfacción familiar	8.26	1.83	8.02	1.85	-1.67		
Satisfacción laboral	6.69	2.46	7.20	1.87	2.83**	0.23	.85
Satisfacción global	7.13	1.99	7.10	1.89	-0.23		

Notas: * $p < .05$; $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Al comparar los resultados entre los/as rumanos/as residentes en Rumania y rumanos/as residentes en España, se han encontrado relaciones entre el ser migrante y no serlo y las variables consumo de alcohol y consumo de tabaco. Los/as migrantes rumanos/as son los/as que consumen alcohol en un menor porcentaje. Asimismo, afirman consumir tabaco en menor porcentaje (ver tabla 12.28).

Tabla 12.28. Prueba Chi cuadrado entre las variables de hábitos de vida saludables entre migrantes y rumanos/as

Hábitos de vida saludables	Migrantes (N = 234)	Rumanos/as (N = 648)	χ^2	V de Cramer
Consumo de alcohol Sí	123	458	25.06***	.17
	52.8%	70.9%		
Consumo de alcohol No	110	188	8.69**	.10
	47.2%	29.1%		
Fuma Sí	56	223	0.45	
	24%	34.5%		
Fuma No	177	423	3.37	
	76%	65.5%		
Consumo de fármacos Sí	172	462		
	73.8%	71.5%		
Consumo de fármacos No	61	184		
	26.2%	28.5%		
Consumo de psicofármacos Sí	33	63		
	14.2%	9.8%		
Consumo de psicofármacos No	200	581		
	85.8%	90.2%		

Notas: *** $p < .01$; $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Grupo de mujeres (migrantes rumanas y rumanas residentes en Rumania)

En la tabla 12.29 se muestran los datos de las diferencias de medias entre las mujeres migrantes rumanas y las mujeres rumanas en las variables de salud física autopercibida, presencia de dolores, uso de servicios sanitarios, horas de sueño, satisfacción (familiar,

laboral y global), salud mental (medida a través del GHQ-12). En este caso, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en presencia de dolores ($t_{254.73} = -2.56$, $p < .05$, $d = 0.25$, $1-\beta = .77$), número de visitas al médico por problemas propios ($t_{274.24} = -3.05$, $p < .05$, $d = 0.29$, $1-\beta = .88$) y número de visitas al médico acompañando a otra persona ($t_{327.27} = -2.18$, $p < .05$, $d = 0.20$, $1-\beta = .58$). Las mujeres migrantes puntúan más alto que las mujeres rumanas en todas estas variables.

Tabla 12.29. Prueba t de Student en las variables de salud en mujeres migrantes y mujeres rumanas

Salud	♀ migrantes ($n = 163$)		♀ rumanas ($n = 429$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
Salud física	7.05	2.06	7.38	1.72	1.79		
Salud mental	11.66	4.54	11.38	4.29	-0.69		
Presencia de dolores	28.66	7.80	26.87	6.71	-2.56*	0.25	.77
Nº visitas al médico (problemas propios)	5.19	6.31	3.45	5.83	-3.05*	0.29	.88
Nº visitas al médico (acompañando)	3.89	5.75	2.69	6.40	-2.18*	0.20	.58
Horas de sueño	7.39	1.03	7.50	1.25	1.00		
Satisfacción familiar	8.24	1.71	8.03	1.86	-1.24		
Satisfacción laboral	6.77	2.38	7.13	1.91	1.72		
Satisfacción global	7.14	1.99	7.10	1.88	-0.22		

Notas: * $p < .05$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

El 63.6% de las mujeres rumanas residentes en Rumania y el 46.3% de las mujeres migrantes consumen alcohol mientras que el 36.4% de las mujeres rumanas y el 53.7% de las mujeres migrantes no lo hacen. En este caso, existe una relación entre el ser migrante o no y el consumo de alcohol ($\chi^2_1 = 14.60$, $p < .001$, V de Cramer = .16). Asimismo, existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de psicofármacos y el ser migrante o no ($\chi^2_1 = 3.96$, $p < .51$, V de Cramer = .08) de tal forma que un 11.7% de las mujeres rumanas y un 17.9% de las mujeres migrantes consumen psicofármacos mientras que un 88.3% de las mujeres rumanas y el 82.1% de las mujeres migrantes no lo hacen.

c) Grupo de hombres (migrantes rumanos y rumanos residentes en Rumania)

La tabla 12.31 contiene los datos sobre la salud de los migrantes rumanos y rumanos residentes en Rumania. Tal como se puede observar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción laboral ($t_{90.03} = 2.41$, $p < .05$, $d = 0.36$, $1-\beta = .75$).

Tabla 12.30. Prueba Chi cuadrado entre las variables de hábitos de vida saludables entre mujeres migrantes y rumanas residentes en Rumania

Hábitos de vida saludables	♀ rumanas (n = 429)	♀ migrantes (n = 163)	χ^2	V de Cramer
Consumo de alcohol Sí	273 63.6%	75 46.3%	14.60***	.16
Consumo de alcohol No	156 36.4%	87 53.7%		
Fuma Sí	124 28.9%	36 22.2%	2.66	
Fuma No	305 71.1%	126 77.8%		
Consumo de fármacos Sí	335 78.1%	130 80.2%	0.33	
Consumo de fármacos No	94 21.9%	32 19.8%		
Consumo de psicofármacos Sí	50 11.7%	29 17.9%	3.96*	.08
Consumo de psicofármacos No	379 88.3%	133 82.1%		

Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En el caso de los hábitos de vida saludables, el 85.3% de los que residen en Rumania y el 67.6% de los que residen en España consumen alcohol mientras que el 14.7% de los que residen en Rumania y el 32.4% de los que residen en España no lo hacen ($\chi^2_1 = 10.78$, $p < .01$, V de Cramer = .19). Asimismo, hay una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco y el ser migrante o no ($\chi^2_1 = 6.72$, $p < .05$, V de Cramer = .15), siendo el porcentaje de hombres rumanos residentes en Rumania que fuman más alto que el de hombres migrantes (ver tabla 12.32).

Tabla 12.31. Prueba t de Student en las variables de salud en hombres migrantes y hombres rumanos

Salud	♂ migrantes (n = 71)		♂ rumanos (n = 218)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
Salud física	7.66	1.79	7.85	1.54	0.87		
Salud mental	10.82	4.38	10.89	3.90	0.14		
Presencia de dolores	24.13	5.93	24.69	6.56	0.63		
Nº visitas al médico (problemas propios)	3.42	6.73	2.26	2.79	-1.42		
Nº visitas al médico (acompañando)	2.45	3.71	2.36	4.61	-0.14		
Horas de sueño	7.41	0.90	7.50	1.28	0.52		
Satisfacción familiar	8.30	2.09	8.00	1.83	-1.14		
Satisfacción laboral	6.51	2.65	7.33	1.79	2.41*	0.36	.75
Satisfacción global	7.13	1.99	7.11	1.91	-0.08		

Notas: **p* < .05. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Tabla 12.32. Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables entre hombres migrantes y rumanos residentes en Rumania

Hábitos de vida saludables	♂ rumanos (n = 218)	♂ migrantes (n = 71)	χ^2	V de Cramer
Consumo de alcohol Sí	185 85.3%	48 67.6%	10.78**	.19
Consumo de alcohol No	32 14.7%	23 32.4%		
Fuma Sí	99 45.6%	20 28.2%	6.72*	.15
Fuma No	118 54.4%	51 71.8%		
Consumo de fármacos Sí	127 58.5%	42 59.2%	.00	
Consumo de fármacos No	90 41.5%	29 40.8%		
Consumo de psicofármacos Sí	13 6%	4 5.6%	.02	
Consumo de psicofármacos No	202 94%	67 94.4%		

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 3.2. *Las mujeres (migrantes y no migrantes) obtendrán peores indicadores de salud, pero tendrán más hábitos de vida saludables que los hombres (migrantes y no migrantes).*

a) Mujeres rumanas y hombres rumanos residentes en Rumania

En primer lugar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables salud física ($t_{465.99} = -3.54$, $p < .001$, $d = 0.29$, $1-\beta = .57$), presencia de dolores ($t_{626} = 3.86$, $p < .001$, $d = 0.33$, $1-\beta = .75$) y número de visitas al médico por problemas propios ($t_{590} = -3.50$, $p < .001$, $d = 0.26$, $1-\beta = .43$). Tal como se puede consultar en la tabla 12.33, los hombres puntúan más alto en la variable salud física autopercebida mientras que las mujeres puntúan más alto tanto en la variable presencia de dolores como también en el número de visitas al médico por problemas propios.

En cuanto a las variables de hábitos de vida saludables, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres rumanas residentes en Rumania y los hombres rumanos en todas las variables analizadas (ver tabla 12.34). El 63.6% de las mujeres consumen alcohol mientras que el 85.3% de los hombres consumen alcohol ($\chi^2_1 = 32.63$, $p < .001$, V de Cramer = .22). En cuanto al consumo de tabaco, hay un menor porcentaje de mujeres que fuman mientras que en el caso de las

personas que no fuman, las mujeres están más representadas ($\chi^2_1 = 17.82$, $p < .001$, V de Cramer = .17). El 78.1% de las mujeres y el 58.5 de los hombres consumen fármacos mientras que el 21.9% de las mujeres y el 41.5% de los hombres no consumen ($\chi^2_1 = 27.07$, $p < .001$, V de Cramer = .20). Las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres ($\chi^2_1 = 5.10$, $p < .05$, V de Cramer = .09).

Tabla 12.33. Prueba t de Student en las variables de salud en mujeres rumanas y hombres rumanos residentes en Rumania

Salud	♀ (n = 429)		♂ (n = 218)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
Salud física	7.38	1.72	7.85	1.54	-3.54***	0.29	.57
Salud mental	11.38	4.29	10.89	3.90	1.39		
Presencia de dolores	26.87	6.71	24.69	6.56	3.86***	0.33	.75
Nº visitas al médico (problemas propios)	3.45	5.83	2.26	2.79	3.50***	0.26	.43
Nº visitas al médico (acompañando)	2.69	6.40	2.36	4.61	0.66		
Horas de sueño	7.50	1.25	7.50	1.28	0		
Satisfacción familiar	8.03	1.86	8	1.83	0.21		
Satisfacción laboral	7.13	1.91	7.33	1.79	-1.28		
Satisfacción global	7.10	1.88	7.11	1.91	-.05		

Notas: *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Migrantes rumanas y migrantes rumanos residentes en España

En la tabla 12.35 se presentan los resultados del contraste de medias entre el grupo de mujeres migrantes rumanas y el grupo de hombres migrantes rumanos. Se han hallado diferencias de medias estadísticamente significativas en las variables salud física ($t_{229} = -2.17$, $p < .05$, $d = 0.32$, $1-\beta = .61$) y presencia de dolores ($t_{167.46} = 4.79$, $p < .001$, $d = 0.65$, $1-\beta = .89$). Mientras las mujeres puntúan más alto en la variable presencia de dolores, los hombres puntúan más alto en la variable salud física. Las mujeres puntúan más alto en las visitas al médico, pero las diferencias entre los dos grupos no son estadísticamente significativas. Lo mismo sucede en las variables salud mental y estrés aculturativo.

Tabla 12.34. Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables entre mujeres rumanas y hombres rumanos residentes en Rumania

Hábitos de vida saludables	♀ (n = 429)	♂ (n = 218)	χ^2	V de Cramer
Consumo de alcohol Sí	273 63.6%	185 85.3%	32.63***	.22
Consumo de alcohol No	156 36%	32 14.7%		
Fuma Sí	124 28.9%	99 45.6%	17.82***	.17
Fuma No	305 71.1%	118 54.4%		
Consumo de fármacos Sí	335 78.1%	127 58.5%	27.07***	.20
Consumo de fármacos No	95 21.9%	90 41.5%		
Consumo de psicofármacos Sí	50 11.7%	13 6%	5.10*	.09
Consumo de psicofármacos No	379 88.3%	202 94%		

Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En la tabla 12.36 se muestran los datos correspondientes a los hábitos de vida saludables. El porcentaje de hombres que consume alcohol es más grande que el porcentaje de mujeres, mientras que en el caso de las personas que no consumen alcohol, el porcentaje de mujeres es más grande que el de hombres ($\chi^2_1 = 8.99$, $p < .01$, V de Cramer = .20). El 80% de las mujeres consume fármacos, así como también el 59.2% de los hombres ($\chi^2_1 = 11.36$, $p < .01$, V de Cramer = .22). El 17.9% de las mujeres y el 5.6% de los hombres consumen psicofármacos ($\chi^2_1 = 6.11$, $p < .05$, V de Cramer = .16).

Tabla 12.35. Prueba t de Student en las variables de salud. Migrantes rumanas y migrantes rumanos residentes en España

Salud	♀ (n = 163)		♂ (n = 71)		t	d	1- β
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
Salud física	7.05	2.05	7.66	1.79	-2.17*	0.32	.61
Salud mental	11.65	4.55	10.82	4.38	1.31		
Estrés aculturativo	40.55	21.14	39.71	19.17	0.28	0.65	.89
Presencia de dolores	28.66	7.80	24.13	5.93	4.79***		
Nº visitas al médico (problemas propios)	5.19	6.31	3.42	6.73	1.93	1.94	
Nº visitas al médico (acompañando)	3.89	5.75	2.45	3.71	1.94		
Horas de sueño	7.39	1.03	7.41	0.90	-0.18	0.72	
Satisfacción familiar	8.24	1.71	8.30	2.09	-0.21		
Satisfacción laboral	6.77	2.38	6.51	2.65	0.72	0.03	
Satisfacción global	7.14	1.99	7.13	1.99	0.03		

Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 3.3. *Los indicadores de salud correlacionarán con las dos escalas de aculturación del VIA (mantener las costumbres rumanas y adoptar las costumbres españolas).*

Las correlaciones de Pearson entre los indicadores de salud y las dos escalas de aculturación se muestran en la tabla 12.37 para las mujeres rumanas migrantes, los hombres migrantes y el grupo total de migrantes rumanos/os. Las mujeres que puntúan más alto en estrés aculturativo tienden a puntuar más alto en la escala de aculturación mantener tus costumbres ($r = .19, p < .05$). Asimismo, las mujeres que son más satisfechas con su familia tienden a puntuar más alto en esta misma escala ($r = .20, p < .05$). Por otro lado, las mujeres que puntúan más alto en la satisfacción global tienden a puntuar más alto en la escala de aculturación adoptar las costumbres españolas ($r = .16, p < .05$). En el caso de los hombres, aquéllos que puntúan más alto en satisfacción global también tienden a puntuar más alto en la escala de aculturación adoptar las costumbres españolas ($r = .30, p < .05$). Estas mismas correlaciones se repiten en el caso del grupo total.

Tabla 12.36. Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables entre migrantes rumanos y migrantes rumanos residentes en España

Hábitos de vida saludables	♀ (n = 163)	♂ (n = 71)	χ^2	V de Cramer
Consumo de alcohol Sí	75 46.3%	48 67.6%	8.99**	.20
Consumo de alcohol No	87 53.7%	23 32.4%		
Fuma Sí	36 22.2%	20 28.2%	0.96	
Fuma No	126 77.8%	51 71.8%		
Consumo de fármacos Sí	130 80.2%	42 59.2%	11.36**	.22
Consumo de fármacos No	32 19.8%	29 40.8%		
Consumo de psicofármacos Sí	29 17.9%	4 5.6%	6.11*	.16
Consumo de psicofármacos No	133 82.1%	67 94.4%		

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 3.4. *Se obtendrán mejores indicadores de salud en las estrategias de integración y asimilación que en las estrategias de separación y marginación.*

Tal como se puede observar en la tabla 12.38 no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de salud en función de las estrategias de aculturación.

Tabla 12.37. Correlaciones de Pearson entre los indicadores de salud y mantener las costumbres del país de origen y adoptar las costumbres del país receptor en mujeres migrantes, hombres migrantes y el grupo total de migrantes

Salud	VIA mantener ♀	VIA adoptar ♀	VIA mantener ♂	VIA adoptar ♂	VIA mantener Total	VIA adoptar
Salud física	.07	.15	-.15	.08	.01	.11
Salud mental	.02	-.16	.13	-.06	.05	-.12
Estrés aculturativo	.19*	-.15	.19	-.08	.19**	-.12
Presencia de dolores	-.03	-.14	-.04	-.08	-.02	-.08
Nº visitas al médico (problemas propios)	.07	-.04	.18	.13	.10	.03
Nº visitas al médico (acompañando)	.09	.07	.14	.06	.10	.08
Horas de sueño	.03	.00	.16	.09	.06	.02
Satisfacción familiar	.20*	.08	.15	.08	.18**	.07
Satisfacción laboral	-.02	.11	.12	.09	.02	.11
Satisfacción global	.03	.16*	.15	.30*	.06	.20**

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 3.5. *El grupo de migrantes rumanos/as con un tiempo de residencia menor de 10 años tendrá mejores indicadores de salud que el grupo de migrantes con un tiempo de residencia mayor de 10 años.*

Los resultados sobre el contraste de medias entre el grupo de migrantes que llevan residiendo menos de 10 años en España y el de migrantes que llevan residiendo más de 10 años quedan recogidos en la tabla 12.39. Los/as migrantes que llevan residiendo menos de 10 años en España presentan más estrés aculturativo ($t_{184.07} = 2.48$, $p < .05$, $d = 0.34$, $1-\beta = .81$). En el caso de las demás variables, las diferencias entre los dos grupos no son estadísticamente significativas.

Tabla 12.38. ANOVA de los indicadores de salud en función de las estrategias de aculturación en migrantes rumanos/as

Indicadores de salud	Marginación		Separación		Asimilación		Integración		F	η^2 *	1- β
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.			
Salud física	7.16	1.83	7.10	2.61	7.56	1.76	7.51	1.80	0.68	-	-
Salud mental	11.26	4.74	12.05	4.76	11.11	4.08	11.15	4.46	0.41	-	-
Estrés aculturativo	39.18	19.93	45.55	18.76	36.43	18.65	41.90	23.27	1.52	-	-
Presencia de dolores	27.98	8.00	27.42	7.70	26.11	6.00	26.66	7.69	0.64	-	-
Nº visitas al médico (problemas propios)	4	5.17	4.95	7.18	3.98	4.60	5.88	8.70	1.07	-	-
Nº visitas al médico (acompañando)	2.51	3.84	3.33	7.14	3.27	3.94	4.75	6.01	1.95	-	-
Horas de sueño	7.25	0.90	7.71	0.89	7.36	1.26	7.41	0.94	1.59	-	-
Satisfacción familiar	7.93	1.80	8.55	1.95	8.16	1.72	8.57	1.80	1.64	-	-
Satisfacción laboral	6.49	2.41	6.68	2.71	6.84	2.36	6.75	2.67	0.18	-	-
Satisfacción global	7.00	2.06	6.79	2.15	7.32	2.13	7.55	1.76	1.46	-	-

Nota: η^2 *: Tamaño del efecto; 1- β : Potencia estadística.

Solo se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el consumo de psicofármacos y el tiempo de residencia en España ($\chi^2_1 = 4.99$, $p < .05$, V de Cramer = .15). El 8.2% de los/as migrantes que llevan menos de 10 años y el 18.8% de los/as migrantes que llevan más de 10 años residiendo en España consumen psicofármacos mientras que el 91.8% de las/os migrantes que llevan residiendo menos de 10 años y 81.3% de los/as migrantes que llevan más de 10 años no consumen psicofármacos (ver tabla 12.40).

Tabla 12.39. Prueba t de Student según el tiempo de residencia en las variables de salud en migrantes rumanos/as

Salud	< 10		> 10		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	(n = 98)		(n = 128)				
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
Salud física	7.42	2.01	7.08	2	1.25		
Salud mental	11.46	5.06	11.25	3.67	0.34		
Estrés aculturativo	43.54	21.30	36.69	18.39	2.48*	0.34	.81
Presencia de dolores	27.29	6.51	27.31	8.35	-0.01		
Nº visitas al médico (problemas propios)	4	5.21	5.07	7.31	-1.23		
Nº visitas al médico (acompañando)	3.46	6.01	3.48	4.72	-0.02		
Horas de sueño	7.47	0.92	7.32	1.05	1.06		
Satisfacción familiar	8.01	2.09	8.43	1.55	-1.75		
Satisfacción laboral	6.50	2.58	6.74	2.38	-0.73		
Satisfacción global	6.96	2.20	7.20	1.82	-0.87		

Notas: * $p < .05$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 3.6. *El estrés aculturativo correlacionará de forma positiva con la salud mental y negativa con el apoyo social autopercebido.*

De acuerdo con la tabla 12.41, la hipótesis se confirma. El estrés aculturativo correlaciona positivamente con la salud mental (medida a través del GHQ-12), es decir, cuanto más estrés aculturativo experimentan los/as migrantes rumanos/as, peor es su salud mental. En el caso del apoyo social, el estrés aculturativo se relaciona de forma indirecta con el apoyo social medido a través del Duke-UNC-11. Asimismo, el apoyo social por parte de los/as rumanos/as residentes en España y el de los/as españoles también se relaciona de manera indirecta con el estrés aculturativo.

Tabla 12.40. Prueba Chi cuadrado en las variables de hábitos de vida saludables según el tiempo de residencia en España en migrantes rumanos/as

	< 10 años	> 10 años	χ^2	V de Cramer
Consumo de alcohol Sí	46 46.9%	74 58.3%	2.85	
Consumo de alcohol No	52 53.1%	53 41.7%		
Fuma Sí	24 24.5%	30 23.6%	0.02	
Fuma No	74 75.5%	97 76.4%		
Consumo de fármacos Sí	72 73.5%	96 75.6%	0.13	
Consumo de fármacos No	26 26.5%	31 24.4%		
Consumo de psicofármacos Sí	8 8.2%	24 18.8%	4.99*	.15
Consumo de psicofármacos No	89 91.8%	104 81.3%		

Notas: * $p < .05$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

12.6. Objetivo 4. Género

Para analizar el objetivo sobre la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas, se plantean cuatro hipótesis.

Hipótesis 4.1. *Las mujeres rumanas (migrantes y no migrantes) estarán más conformes con las normas de género femeninas que las mujeres españolas. Las mujeres rumanas residentes en Rumania tendrán una puntuación más alta en la conformidad con las normas de género femeninas que las mujeres migrantes rumanas.*

Tabla 12.41. Correlaciones de Pearson entre la salud mental, el apoyo social autopercebido, apoyo social (rumanos/as residentes en España, Rumania, españoles/as y otros/as extranjeros/as) y el estrés aculturativo en migrantes rumanas/os

	Estrés aculturativo
Salud mental	.34**
Apoyo social (Duke-UNC-11)	-.52**
Apoyo social (rumanos/as residentes en España)	-.17*
Apoyo social (rumanos/as residentes en Rumania)	-.03
Apoyo social (españoles/as)	-.16*
Apoyo social (otros/as extranjeros/as residentes en España)	-.07

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

a) Mujeres rumanas y mujeres migrantes rumanas

En la tabla 12.42 se presentan los resultados del contraste de medias entre el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania y el grupo de mujeres rumanas residentes en España. Se han hallado diferencias de medias estadísticamente significativas en las escalas 4-Fidelidad sexual, 5-Modestia, 7-Doméstica, 8-Invertir en la imagen y en la puntuación total del CFNI. Las mujeres migrantes rumanas tienen puntuaciones más elevadas en las escalas Fidelidad sexual ($t_{590} = -4.33$, $p < .001$, $d = 0.41$, $1-\beta = .87$), Modestia ($t_{590} = -4.47$, $p < .001$, $d = 0.41$, $1-\beta = .87$), Doméstica ($t_{590} = -3.42$, $p < .01$, $d = 0.33$, $1-\beta = .84$) y en el CFNI total ($t_{590} = -2.84$, $p < .01$, $d = 0.27$, $1-\beta = .64$). Por otro lado, las mujeres rumanas residentes en Rumania obtienen puntuaciones más altas en la escala Invertir en la imagen ($t_{590} = 3.86$, $p < .001$, $d = 0.35$, $1-\beta = .69$).

b) Mujeres rumanas y mujeres españolas

En la tabla 12.43 se detallan los resultados sobre las diferencias de medias entre el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania y el de mujeres españolas. Los datos del CFNI correspondientes a las mujeres españolas han sido extraídas de la adaptación del cuestionario en España (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch y Aparicio, 2009). Tal como se puede observar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas, presentando las mujeres rumanas una mayor conformidad con las normas de género en las escalas Cuidadora de niños/as ($t_{1207} = 3.77$, $p < .01$, $d = 0.23$, $1-\beta = .89$), Delgadez ($t_{1207} = 6.94$, $p < .001$, $d = 0.41$, $1-\beta = .99$), Fidelidad sexual ($t_{1207} = 13.66$, $p < .001$, $d = 0.82$, $1-\beta = 1$), Romántica en las relaciones ($t_{1207} = 16.67$, $p < .001$, $d = 0.98$, $1-\beta = 1$), Doméstica ($t_{1207} = 4.14$, $p < .001$, $d = 0.25$, $1-\beta = .80$), Invertir en la imagen ($t_{1207} = 9.86$, $p < .001$, $d = 0.59$, $1-\beta = 1$) y el CFNI total

($t_{1207} = 9.41$, $p < .001$, $d = 0.57$, $1-\beta = 1$). Las mujeres españolas están más conformes con la normas de género Agradable en las relaciones ($t_{1207} = 6.84$, $p < .001$, $d = 0.42$, $1-\beta = .99$) y Modestia ($t_{1207} = 6.08$, $p < .001$, $d = 0.37$, $1-\beta = .99$).

Tabla 12.42. Diferencias de medias entre el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania y el grupo de mujeres migrantes rumanas

Escalas CFNI	Rumanas ($n = 429$)		Migrantes ($n = 163$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
1. Agradable en las relaciones	33.68	5.43	34.34	4.85	-1.36		
2. Cuidadora de niños/as	23.35	6.82	24.39	5.60	-1.90		
3. Delgadez	17.63	6.59	17.88	6.11	-0.42		
4. Fidelidad sexual	20.49	5.40	22.60	4.91	-4.33***	0.41	.87
5. Modestia	11.93	3.34	13.29	3.23	-4.47***	0.41	.87
6. Romántica en las relaciones	17.46	4.15	17.15	4.38	0.79		
7. Doméstica	17.03	3.81	18.19	3.34	-3.42**	0.33	.84
8. Invertir en la imagen	13.10	3.38	11.88	3.54	3.86***	0.35	.69
CFNI total	154.68	19.82	159.73	18.10	-2.84**	0.27	.64

Notas: ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

c) Mujeres migrantes y mujeres españolas

Los resultados sobre el contraste de medias entre el grupo de mujeres migrantes rumanas y las mujeres españolas quedan recogidos en la tabla 12.44. Las mujeres migrantes, como grupo, tienden a puntuar más alto en las escalas Cuidadora de niños/as ($t_{941} = 6.79$, $p < .001$, $d = 0.42$, $1-\beta = .94$), Delgadez ($t_{941} = 5.64$, $p < .001$, $d = 0.47$, $1-\beta = .98$), Fidelidad sexual ($t_{941} = 14.23$, $p < .001$, $d = 1.27$, $1-\beta = 1$), Romántica en las relaciones ($t_{941} = 10.91$, $p < .001$, $d = 0.87$, $1-\beta = 1$), Doméstica ($t_{941} = 6.37$, $p < .001$, $d = 0.58$, $1-\beta = .99$), Invertir en la imagen ($t_{941} = 2.68$, $p < .01$, $d = 0.58$, $1-\beta = .99$) y el CFNI total ($t_{941} = 9.53$, $p < .001$, $d = 0.85$, $1-\beta = 1$). Las mujeres españolas están más conformes con la norma de género Agradable en las relaciones ($t_{941} = 3.46$, $p < .001$, $d = 0.32$, $1-\beta = .66$).

Tabla 12.43. Diferencias de medias entre el grupo de mujeres rumanas y el grupo de mujeres españolas

Escala CFNI	Rumanas (<i>n</i> = 429)		Españolas (<i>n</i> = 780)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
1. Agradable en las relaciones	33.68	5.43	36.15	6.30	6.84***	0.42	.99
2. Cuidadora de niños/as	23.35	6.82	21.84	6.57	3.77**	0.23	.89
3. Delgadez	17.63	6.59	15.18	5.44	6.94***	0.41	.99
4. Fidelidad sexual	20.49	5.40	16.03	5.45	13.66***	0.82	1
5. Modestia	11.93	3.34	13.16	3.38	6.08***	0.37	.99
6. Romántica en las relaciones	17.46	4.15	13.72	3.48	16.67***	0.98	1
7. Doméstica	17.03	3.81	16.05	4.01	4.14***	0.25	.80
8. Invertir en la imagen	13.10	3.38	11.09	3.40	9.86***	0.59	1
CFNI total	154.68	19.82	143.22	20.51	9.41***	0.57	1

Notas: ***p* < .01; ****p* < .001. Tamaños del efecto: pequeño (*d* > 0.20), moderado (*d* > 0.50), grande (*d* > 0.80). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 4.2. *Los hombres rumanos (migrantes y no migrantes) estarán más conformes con las normas de género masculinas que los hombres españoles. Los hombres residentes en Rumania tendrán una puntuación más alta en la conformidad con las normas de género masculinas que los hombres migrantes rumanos.*

Tabla 12.44. Diferencias de medias entre el grupo de mujeres migrantes rumanas y el grupo de mujeres españolas

Escala CFNI	Migrantes (<i>n</i> = 163)		Españolas (<i>n</i> = 780)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
1. Agradable en las relaciones	34.34	4.85	36.15	6.30	3.46***	0.32	.66
2. Cuidadora de niños/as	24.39	5.60	21.84	6.57	6.79***	0.42	.94
3. Delgadez	17.88	6.11	15.18	5.44	5.64***	0.47	.98
4. Fidelidad sexual	22.60	4.91	16.03	5.45	14.23***	1.27	1
5. Modestia	13.29	3.23	13.16	3.38	0.45		
6. Romántica en las relaciones	17.15	4.38	13.72	3.48	10.91***	0.87	1
7. Doméstica	18.19	3.34	16.05	4.01	6.37***	0.58	.99
8. Invertir en la imagen	11.88	3.54	11.09	3.40	2.68**	0.23	.54
CFNI total	159.73	18.10	143.22	20.51	9.53***	0.85	1

Notas: ***p* < .01; ****p* < .001. Tamaños del efecto: pequeño (*d* > 0.20), moderado (*d* > 0.50), grande (*d* > 0.80). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

a) Hombres rumanos y hombres migrantes

La conformidad con las normas de género es más elevada en el caso de los hombres rumanos en todas las escalas en las que se han encontrado diferencias estadísticamente

significativas: 1-Ganar ($t_{285} = 2.68, p < .01, d = 0.37, 1-\beta = .53$), 4-Violencia ($t_{285} = 2.89, p < .01, d = 0.40, 1-\beta = .62$), 5-Poder sobre las mujeres ($t_{285} = 4.53, p < .001, d = 0.63, 1-\beta = .89$), 6-Dominancia ($t_{285} = 3.06, p < .01, d = 0.43, 1-\beta = .70$), 7-Donjuanismo ($t_{285} = 3.31, p < .01, d = 0.46, 1-\beta = .77$), 10-Desprecio hacia lo homosexualidad ($t_{94.54} = 3.44, p < .01, d = 0.51, 1-\beta = .86$), 11-Búsqueda de posición social ($t_{285} = 3.93, p < .001, d = 0.55, 1-\beta = .74$) y CMNI total ($t_{285} = 5.04, p < .001, d = 0.69, 1-\beta = .95$) (ver tabla 12.45).

Tabla 12.45. Diferencias de medias entre el grupo de hombres rumanos residentes en Rumania y el grupo de hombres migrantes rumanos

Escala CMNI	Rumanos (n = 218)		Migrantes (n = 69)		t	d	1-β
	M	D.T.	M	D.T.			
1. Ganar	16.81	4.09	15.29	4.17	2.68**	0.37	.53
2. Control emocional	16.45	4.44	16.28	4.48	0.29		
3. Conductas de riesgo	16.34	3.49	16.48	3.19	-0.28		
4. Violencia	9.35	4.19	7.70	4.04	2.89**	0.40	.62
5. Poder sobre las mujeres	10.68	3.80	8.32	3.72	4.53***	0.63	.89
6. Dominancia	7.17	1.72	6.43	1.74	3.06**	0.43	.70
7. Donjuanismo	14.24	5.07	11.91	5.15	3.31**	0.46	.77
8. Independencia	6.64	2.75	6.74	2.37	-0.26		
9. Primacía del trabajo	9.91	3.48	10.25	3.80	-0.69		
10. Desprecio hacia la homosexualidad	19.80	4.96	16.87	6.49	3.44**	0.51	.86
11. Búsqueda de posición social	11.43	2.64	10.01	2.52	3.93***	0.55	.74
CMNI total	138.83	17.81	126.28	18.67	5.04***	0.69	.95

Notas: ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Hombres rumanos y españoles

Al realizar el contraste de medias entre el grupo de hombres rumanos residentes en Rumania y el grupo de hombres españoles se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las escalas 1-Ganar ($t_{943} = 10.21, p < .001, d = 0.79, 1-\beta = 1$), 2-Control emocional ($t_{943} = 5.22, p < .001, d = 0.40, 1-\beta = .97$), 3-Conductas de riesgo ($t_{943} = 5.71, p < .001, d = 0.45, 1-\beta = .99$), 5-Poder sobre las mujeres ($t_{943} = 5.33, p < .001, d = 0.43, 1-\beta = .99$), 6-Dominancia ($t_{943} = 12.24, p < .001, d = 0.93, 1-\beta = 1$), 9-Primacía del trabajo ($t_{943} = 2.67, p < .01, d = 0.21, 1-\beta = .56$), 10-Desprecio hacia lo homosexualidad ($t_{943} = 19.30, p < .001, d = 1.50, 1-\beta = 1$), 11-Búsqueda de posición social ($t_{943} = 8.98, p < .001, d = 0.69, 1-\beta = 1$) y CMNI total ($t_{943} = 11.80, p < .001, d = 0.97, 1-\beta = 1$) (ver tabla 12.46). Los resultados indican que los hombres rumanos están más conformes con las normas de género en todas las escalas arriba mencionadas.

Tabla 12.46. Diferencias de medias entre el grupo de hombres rumanos residentes en Rumania y el grupo de hombres españoles

Escala CMNI	Rumanos ($n = 218$)		Españoles ($n = 727$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
1. Ganar	16.81	4.09	13.59	4.08	10.21***	0.79	1
2. Control emocional	16.45	4.44	14.65	4.47	5.22***	0.40	.97
3. Conductas de riesgo	16.34	3.49	14.76	3.61	5.71***	0.45	.99
4. Violencia	9.35	4.19	9.96	4.14	1.90		
5. Poder sobre las mujeres	10.68	3.80	8.86	4.59	5.33***	0.43	.99
6. Dominancia	7.17	1.72	5.33	2.01	12.24***	0.93	1
7. Donjuanismo	14.24	5.07	14.19	5.46	0.12		
8. Independencia	6.64	2.75	6.68	2.60	0.20		
9. Primacía del trabajo	9.91	3.48	9.19	3.50	2.67**	0.21	.56
10. Desprecio hacia la homosexualidad	19.80	4.96	12.27	5.08	19.30***	1.50	1
11. Búsqueda de posición social	11.43	2.64	9.60	2.64	8.98***	0.69	1
CMNI total	138.83	17.81	119.13	22.64	11.80***	0.97	1

Notas: ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$).

c) Migrantes rumanos y hombres españoles

En la tabla 12.47 se presentan los datos sobre las diferencias de medias entre el grupo de hombres migrantes rumanos y el grupo de hombres españoles con respecto a las escalas que integran el CMNI. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas 1-Ganar, 2-Control emocional, 3-Conductas de riesgo, 4-Violencia, 6-Dominancia, 7-Donjuanismo, 11-Primacía del trabajo, 10-Desprecio hacia lo homosexualidad y CMNI total. Los migrantes presentan puntuaciones más elevadas en las escalas 1-Ganar ($t_{794} = 3.30$, $p < .01$, $d = 0.41$, $1-\beta = .75$), 2-Control emocional ($t_{794} = 2.89$, $p < .01$, $d = 0.36$, $1-\beta = .61$), 3-Conductas de riesgo ($t_{794} = 3.82$, $p < .01$, $d = 0.50$, $1-\beta = .75$), Dominancia ($t_{794} = 4.39$, $p < .001$, $d = 0.53$, $1-\beta = .82$), 11-Primacía del trabajo ($t_{794} = 2.37$, $p < .05$, $d = 0.29$, $1-\beta = .63$), 10-Desprecio hacia lo homosexualidad ($t_{794} = 7.00$, $p < .001$, $d = 0.79$, $1-\beta = .99$) y CMNI total ($t_{794} = 2.54$, $p < .05$, $d = 0.37$, $1-\beta = .83$). Los hombres españoles están más conformes con las escalas 4-Violencia ($t_{794} = 4.34$, $p < .001$, $d = 0.55$, $1-\beta = .86$) y 7-Donjuanismo ($t_{794} = 3.33$, $p < .01$, $d = 0.43$, $1-\beta = .54$).

Tabla 12.47. Diferencias de medias entre el grupo de hombres migrantes rumanos y el grupo de hombres españoles

Escala CMNI	Migrantes (<i>n</i> = 69)		Españoles (<i>n</i> = 727)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
1. Ganar	15.29	4.17	13.59	4.08	3.30**	0.41	.75
2. Control emocional	16.28	4.48	14.65	4.47	2.89**	0.36	.61
3. Conductas de riesgo	16.48	3.19	14.76	3.61	3.82***	0.50	.75
4. Violencia	7.70	4.04	9.96	4.14	4.34***	0.55	.86
5. Poder sobre las mujeres	8.32	3.72	8.86	4.59	0.94		
6. Dominancia	6.43	1.74	5.33	2.01	4.39***	0.53	.82
7. Donjuanismo	11.91	5.15	14.19	5.46	3.33**	0.43	.54
8. Independencia	6.74	2.37	6.68	2.60	0.18		
9. Primacía del trabajo	10.25	3.80	9.19	3.50	2.37*	0.29	.63
10. Desprecio hacia la homosexualidad	16.87	6.49	12.27	5.08	7.00***	0.79	.99
11. Búsqueda de posición social	10.01	2.52	9.60	2.64	1.24		
CMNI total	126.28	18.67	119.13	22.64	2.54*	0.37	.83

Notas: **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001. Tamaños del efecto: pequeño (*d* > 0.20), moderado (*d* > 0.50), grande (*d* > 0.80). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 4.3. *Las mujeres (migrantes y no migrantes) que sean más conformes con el rol tradicional de género tenderán a presentar peores puntuaciones en salud física y mental.*

Las correlaciones de Pearson entre las escalas de la conformidad con las normas de género y los indicadores de salud se muestran en las tablas 12.48 y 12.49 para las mujeres rumanas residentes en Rumania y en las tablas 12.51 y 12.52 para las mujeres migrantes rumanas. Las correlaciones biserials puntuales entre las escalas de conformidad con las normas femeninas y las conductas consumir alcohol si/no, consumir tabaco si/no, consumir fármacos si/no y consumir psicofármacos si/no se muestran en las tablas 12.50 (las mujeres no migrantes) y 12.53 (las mujeres migrantes).

a) Mujeres rumanas residentes en Rumania

Las mujeres con una puntuación alta en la escala Agradable en las relaciones tienden a puntuar más alto en satisfacción global (*r* = .19, *p* < .01). La escala Delgadez tiene correlaciones negativas con la salud física autopercebida (*r* = -.13, *p* < .01) y la satisfacción global (*r* = -.12, *p* < .05). Asimismo, se han encontrado relaciones lineales indirectas entre la escala Modestia y la salud física (*r* = -.13, *p* < .01) y satisfacción global (*r* = -.16, *p* < .01). Además, una mayor puntuación en Modestia está relacionada con la tendencia a presentar peor salud mental (*r* = .24, *p* < .01). Las mujeres que

puntúan alto en la escala Fidelidad sexual tienden a tener una peor salud ($r = .12$, $p < .05$).

Tabla 12.48. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables salud física, mental y satisfacción global en mujeres rumanas residentes en Rumania

	Salud física	Salud mental	Satisfacción global
1. Agradable en las relaciones	.06	.00	.19**
2. Cuidadora de niños/as	-.05	-.08	.09
3. Delgadez	-.13**	.09	-.12*
4. Fidelidad sexual	-.05	.12*	-.00
5. Modestia	-.13**	.24**	-.16**
6. Romántica en las relaciones	-.05	.08	-.02
7. Doméstica	-.12*	-.02	-.00
8. Invertir en la imagen	.06	-.02	.08
CFNI total	-.10*	.09	.02

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

No se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la presencia total de dolores y la conformidad con las normas de género femeninas. Tampoco se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre el número de consultas médicas y las escalas del CFNI, pero sí entre el número de consultas médicas acompañando a una persona y la escala 2-Cuidadora de niños/as y 6-Romántica en las relaciones.

Tabla 12.49. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables presencia de dolores, número de consultas médicas (propias y acompañando) y número de horas de sueño en mujeres rumanas residentes en Rumania

	Presencia dolores	Nº consultas médicas propias	Nº consultas médicas acompañando	Nº horas de sueño
1. Agradable en las relaciones	-.05	.02	.01	.03
2. Cuidadora de niños/as	-.05	.03	.16**	.04
3. Delgadez	.09	-.03	.04	.00
4. Fidelidad sexual	.05	-.01	.05	.01
5. Modestia	.04	.04	.01	-.10*
6. Romántica en las relaciones	.09	.03	.18**	-.04
7. Doméstica	.02	-.03	.08	.00
8. Invertir en la imagen	-.03	.01	-.08	.04
CFNI total	.04	.01	.13**	.00

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Como se puede observar, las mujeres que no consumen alcohol tienden a puntuar más alto en la escala 2-Cuidadora de niños/as, 4-Fidelidad sexual y 7-Doméstica. Las mujeres que no fuman tienden a puntuar más alto en las escalas 2-

Cuidadora de niños/as y 4-Fidelidad sexual y menos en Invertir en la imagen. Asimismo, el consumo de fármacos está relacionado con ser 6-Romántica en las relaciones. Ninguna variable guarda relación con el consumo de psicofármacos.

Tabla 12.50. Corelaciones biseriales puntuales entre las escalas del CFNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en mujeres rumanas residentes en Rumania

	Consumo de alcohol si/no	Consumo de tabaco si/no	Consumo de fármacos si/no	Consumo de psicofármacos
1. Agradable en las relaciones	.00	-.08	.02	.06
2. Cuidadora de niños/as	-.17**	-.11*	.09	.00
3. Delgadez	.04	.01	-.05	-.03
4. Fidelidad sexual	-.21**	-.22**	.01	-.00
5. Modestia	-.08	-.08	.01	.05
6. Romántica en las relaciones	-.12*	-.07	.09*	.00
7. Doméstica	-.16**	-.07	.07	-.01
8. Invertir en la imagen	-.00	.10*	-.00	.00
CFNI total	-.17**	-.14**	.06	.02

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Mujeres migrantes

La escala 8-Invertir en la imagen correlaciona directamente con la salud física mientras que ninguna de las escalas del CFNI guarda relación con la salud mental. Las mujeres que más puntúan en 3-Delgadez tienden a puntuar menos en satisfacción global. Esta misma escala tiene una correlación positiva con el estrés aculturativo.

Tabla 12.51. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables salud física, mental, satisfacción global y estrés aculturativo en mujeres migrantes rumanas

	Salud física	Salud mental	Satisfacción global	Estrés aculturativo
1. Agradable en las relaciones	-.14	-.09	-.03	-.09
2. Cuidadora de niños/as	.02	-.03	.05	-.00
3. Delgadez	-.07	.07	-.27**	.18*
4. Fidelidad sexual	-.01	.02	-.02	-.05
5. Modestia	-.09	.03	-.19*	.00
6. Romántica en las relaciones	-.11	.03	-.10	.13
7. Doméstica	.06	-.14	.07	.04
8. Invertir en la imagen	.24**	-.06	.13	.04
CFNI total	-.04	-.02	-.11	.07

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

La escala 8-Invertir en la imagen guarda una relación negativa con la presencia de dolores. No se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas del CFNI y el número de consultas médicas (tanto propias como acompañando). Las mujeres que están más conformes con las normas de género femeninas duermen menos.

Tabla 12.52. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CFNI y las variables presencia de dolores, número de consultas médicas (propias y acompañando) y número de horas de sueño en mujeres migrantes

	Presencia dolores	Nº consultas médicas propias	Nº consultas médicas acompañando	Nº horas de sueño
1. Agradable en las relaciones	.02	-.09	.00	-.17*
2. Cuidadora de niños/as	-.10	-.07	.07	-.07
3. Delgadez	.06	.06	.04	-.15
4. Fidelidad sexual	.06	.03	.10	-.05
5. Modestia	.03	-.14	-.04	-.03
6. Romántica en las relaciones	.08	.09	.10	-.09
7. Doméstica	.01	.06	.08	-.16
8. Invertir en la imagen	-.19*	-.01	.07	.05
CFNI total	-.00	-.01	.11	-.17*

Notas: * $p < .05$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Las mujeres que declaran no consumir alcohol tienden a puntuar más alto en las escalas 1-Agradable en las relaciones, 2-Cuidadora de niños/as, 6-Romántica en las relaciones, Doméstica y más bajo en Invertir en la imagen. En el caso del consumo de tabaco, se encuentran correlaciones negativas con las escalas 4-Fidelidad sexual y 7-Doméstica. El consumo de fármacos muestra una relación directa con la escala 3-Delgadez. Al igual que en el caso de las mujeres rumanas residentes en Rumania, el consumo de psicofármacos no guarda relación con ninguna de las escalas del CFNI.

Hipótesis 4.4. *Los hombres rumanos (migrantes y no migrantes) que sean más conformes con el rol tradicional de género tenderán a presentar peores puntuaciones en salud física y mental.*

Tabla 12.53. Correlaciones biserials puntuales entre las escalas del CFNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en mujeres migrantes

	Consumo de alcohol si/no	Consumo de tabaco si/no	Consumo de fármacos si/no	Consumo de psicofármacos
1. Agradable en las relaciones	-.15*	-.10	-.15	-.02
2. Cuidadora de niños/as	-.16*	-.02	.07	-.03
3. Delgadez	-.13	-.05	.15*	.06
4. Fidelidad sexual	-.32**	-.26**	.01	-.10
5. Modestia	-.15	-.04	-.01	.03
6. Romántica en las relaciones	-.22**	-.04	.05	-.09
7. Doméstica	-.17*	-.18*	-.08	-.07
8. Invertir en la imagen	.23**	.08	-.09	-.02
CFNI total	-.29**	-.16*	.01	-.06

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

a) Hombres rumanos residentes en Rumania

Entre los hombres rumanos residentes en Rumania, las escalas 3-Conductas de riesgo, 6-Dominancia, 10-Desprecio hacia la homosexualidad y 11-Búsqueda de posición social correlacionan directamente con la salud física. Los hombres que más puntúan en 6-Dominancia y 11-Búsqueda de posición social tienden a tener mejor salud mental. Las escalas 1-Ganar, 6-Dominancia y 9-Primacía del trabajo correlacionan directamente con la satisfacción global mientras que la escala 4-Violencia correlaciona inversamente con la satisfacción global.

Tabla 12.54. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y las variables salud física, mental y satisfacción global en hombres rumanos residentes en Rumania

	Salud física	Salud mental	Satisfacción global
1. Ganar	.09	-.10	.15*
2. Control emocional	-.05	.09	-.11
3. Conductas de riesgo	.24**	-.07	.11
4. Violencia	-.05	.09	-.19**
5. Poder sobre las mujeres	-.01	-.03	-.04
6. Dominancia	.15*	-.20**	.15*
7. Donjuanismo	.06	.07	.04
8. Independencia	-.06	.05	-.07
9. Primacía del trabajo	.04	-.09	.14*
10. Desprecio hacia la homosexualidad	.16*	-.04	.04
11. Búsqueda de posición social	.14*	-.14*	.02
CMNI total	.13*	-.04	.03

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Se han encontrado relaciones positivas entre las escalas del CMNI 4-Violencia, 5-Poder sobre las mujeres, 8-Independencia y la presencia de dolores. Por otro lado, se

ha encontrado una correlación negativa entre 11-Búsqueda de posición social y la presencia de dolores. Los hombres que puntúan más alto en la escala 6-Dominancia tienden a ir más veces al médico. No hay relaciones entre las escalas del CMNI y el número de consultas médicas acompañando a otra persona. Sin embargo, los hombres que puntúan más alto en 2-Control emocional y 9-Primacía del trabajo tienden a dormir menos tiempo mientras que los hombres que puntúan más alto en 4-Violencia duermen más.

Tabla 12.55. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y las variables presencia de dolores, número de consultas médicas (propias y acompañando) y número de horas de sueño en hombres rumanos

	Presencia dolores	Nº consultas médicas propias	Nº consultas médicas acompañando	Nº horas de sueño
1. Ganar	-.04	-.02	.04	-.07
2. Control emocional	-.05	-.06	-.03	-.20**
3. Conductas de riesgo	-.13	-.07	-.03	.03
4. Violencia	.19**	.09	.02	.19**
5. Poder sobre las mujeres	.18*	.05	-.06	-.00
6. Dominancia	-.05	.15*	.13	-.01
7. Donjuanismo	.03	-.08	-.11	-.02
8. Independencia	.23**	.09	-.10	-.11
9. Primacía del trabajo	-.07	-.02	-.02	-.15*
10. Desprecio hacia la homosexualidad	-.00	-.07	-.08	.12
11. Búsqueda de posición social	-.18**	-.06	-.05	.01
CMNI total	.03	-.03	-.08	-.04

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En cuanto al consumo de alcohol, no se ha encontrado ninguna correlación biserial puntual significativa estadísticamente. Sin embargo, las demás conductas de salud analizadas correlacionan con las normas de género masculinas. De esta forma, los hombres que fuman, puntúan más alto en 4-Violencia. Los hombres que no consumen fármacos tienden a puntuar más alto en las escalas 1-Ganar, 2-Control emocional, 3-Conductas de riesgo y 7-Donjuanismo. Por otro lado, los hombres que consumen psicofármacos tienden a puntuar más en la escala 4-Violencia.

Tabla 12.56. Correlaciones biseriales puntuales entre las escalas del CMNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en hombres rumanos residentes en Rumania

	Consumo de alcohol si/no	Consumo de tabaco si/no	Consumo de fármacos si/no	Consumo de psicofármacos
1. Ganar	.04	.02	-.16*	-.10
2. Control emocional	-.04	-.05	-.14*	.04
3. Conductas de riesgo	.03	.11	-.21**	-.03
4. Violencia	.10	.14*	.08	.17*
5. Poder sobre las mujeres	.05	.08	.02	.11
6. Dominancia	-.03	-.00	-.05	.00
7. Donjuanismo	.09	.12	-.14*	-.00
8. Independencia	-.10	.09	-.00	.09
9. Primacía del trabajo	-.01	.02	-.00	.10
10. Desprecio hacia la homosexualidad	-.03	-.04	-.10	-.03
11. Búsqueda de posición social	-.04	-.08	-.24**	-.10
CMNI total	.03	.10	-.20**	.05

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Hombres migrantes rumanos

Los hombres migrantes rumanos residentes en España que puntúan alto en la escala Poder sobre las mujeres tienden a puntuar alto en salud física. En el caso de la escala 10-Desprecio hacia la homosexualidad, la correlación con la salud física encontrada es inversa. Las puntuaciones altas en la escala 8-Independencia correlaciona con una peor salud mental, pero la alta puntuación en la escala 11-Búsqueda de posición social correlaciona con una mejor salud mental. Los hombres con altas puntuaciones en la escala 1-Ganar perciben peor su satisfacción global. Por último, el estrés aculturativo no muestra ninguna relación estadísticamente significativa con las escalas del CMNI.

Las puntuaciones altas en la escala 10-Desprecio hacia la homosexualidad están relacionadas de forma directa con la presencia de dolores. El estar más conforme con la norma 4-Violencia se relaciona de forma inversa con el número de consultas médicas propias. No hay relaciones estadísticamente significativas entre las escalas del CMNI y el número de consultas médicas acompañando a otras personas. Tampoco entre la conformidad con las normas de género y el número de horas de sueño.

Tabla 12.57. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CMNI y las variables salud física, mental, satisfacción global y estrés aculturativo en hombres migrantes rumanos

	Salud física	Salud mental	Satisfacción global	Estrés aculturativo
1. Ganar	-.11	-.05	-.24*	.24
2. Control emocional	.10	.09	-.08	.08
3. Conductas de riesgo	.17	.17	-.07	-.11
4. Violencia	.20	.03	-.10	.09
5. Poder sobre las mujeres	.28*	-.08	.15	-.06
6. Dominancia	.02	.23	-.21	.02
7. Donjuanismo	.17	.06	-.20	.19
8. Independencia	.17	.24*	-.17	-.05
9. Primacía del trabajo	-.18	.14	.01	.22
10. Desprecio hacia la homosexualidad	-.27*	.00	-.09	-.00
11. Búsqueda de posición social	.03	-.34**	-.10	-.06
CMNI total	.05	.12	-.25*	.14

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Los resultados de las correlaciones biserials puntuales muestran que el consumo de alcohol correlaciona con las escalas 2-Control emocional, 7-Donjuanismo, 10-Desprecio hacia la homosexualidad y 11-Búsqueda de posición social. Las primeras dos correlaciones son positivas mientras que las últimas dos son negativas. Entre estos participantes no se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la conducta de fumar y el consumo de fármacos y las escalas del CMNI. Por último, la escala 7-Donjuanismo y consumo de psicofármacos muestran una correlación negativa.

Tabla 12.58. Corelaciones biserials puntuales entre las escalas del CMNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en migrantes rumanos

	Presencia dolores	Nº consultas médicas propias	Nº consultas médicas acompañando	Nº horas de sueño
1. Ganar	.05	.00	-.05	-.12
2. Control emocional	-.06	-.13	-.11	.19
3. Conductas de riesgo	.02	.02	.19	-.01
4. Violencia	.11	-.28*	-.05	-.05
5. Poder sobre las mujeres	.10	-.22	.15	.17
6. Dominancia	-.22	-.05	.10	.11
7. Donjuanismo	-.19	-.05	-.02	-.19
8. Independencia	-.11	-.08	.09	.06
9. Primacía del trabajo	.01	-.06	-.19	.09
10. Desprecio hacia la homosexualidad	.33**	.12	.07	-.06
11. Búsqueda de posición social	.01	.11	-.02	-.12
CMNI total	.07	-.11	.07	-.01

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

12.7. Objetivo 5. Personalidad

En este objetivo se estudian las diferencias en estilos de personalidad entre rumanos/as y migrantes rumanos/as. Asimismo, se comparan los datos de los/as rumanos/as (migrantes y no migrantes) con los estilos de personalidad de españoles/as. También se analizan la relación entre los estilos de personalidad y la aculturación y los estilos de personalidad y la salud, respectivamente.

Tabla 12.59. Corelaciones biseriales puntuales entre las escalas del CMNI y el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y psicofármacos en hombres migrantes rumanos

	Consumo de alcohol si/no	Consumo de tabaco si/no	Consumo de fármacos si/no	Consumo de psicofármacos
1. Ganar	.02	.14	.09	.07
2. Control emocional	.24*	-.04	-.05	.08
3. Conductas de riesgo	.04	.11	.09	.04
4. Violencia	.03	-.03	.01	.14
5. Poder sobre las mujeres	.14	.16	-.15	.04
6. Dominancia	-.02	-.00	.13	-.19
7. Donjuanismo	.52**	.19	.06	-.25*
8. Independencia	.17	.12	.00	-.18
9. Primacía del trabajo	-.04	.12	.19	.08
10. Desprecio hacia la homosexualidad	-.29*	-.16	.20	-.01
11. Búsqueda de posición social	-.24*	-.13	-.10	-.12
CMNI total	.09	.08	.16	-.06

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 5.1. *Existirán diferencias estadísticamente significativas entre la personalidad de los/as rumanos/as (migrantes y no migrantes) y los/as españoles/as. Existirán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de rumanos/as migrantes y el grupo de rumanos/as no migrantes.*

Tabla 12.60. Diferencias de medias entre rumanos/as residentes en Rumania y migrantes rumanos/as

Escala MIPS	Rumanos/as (<i>n</i> = 648)		Migrantes rumanos/as (<i>n</i> = 234)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
1A. Expansión	24.71	8.08	24.83	7.69	-0.2		
1B. Preservación	16.87	10.78	17.41	10.19	-0.66		
2A. Modificación	32.51	8.99	33.09	8.10	-0.88		
2B. Adecuación	17.84	10.16	17.12	9.02	0.95		
3A. Individualidad	23.03	7.70	21.84	7.46	2.05*	0.16	.55
3B. Protección	29.96	8.41	31.29	8.59	-2.07*	0.16	.55
4A. Extraversión	27.69	8.83	26.99	8.76	1.04		
4B. Introversión	11.48	7.09	12.12	6.97	-1.18		
5A. Sensación	18.08	6.17	20.44	5.21	-5.63***	0.41	.98
5B. Intuición	23.48	8.11	21.20	7.43	3.76***	0.29	.69
6A. Pensamiento	22.48	8.94	22.82	8.21	-0.52		
6B. Sentimiento	28.53	9.00	29.06	8.57	-0.78		
7A. Sistematización	39.90	10.26	41.58	8.95	-2.36*	0.17	.60
7B. Innovación	28.47	8.60	27.13	8.20	2.07*	0.16	.55
8A. Retraimiento	20.31	10.15	22.14	9.21	-2.53*	0.19	.70
8B. Sociabilidad	37.65	11.62	35.95	10.47	1.96		
9A. Indecisión	17.75	12.21	18.18	11.31	-0.47		
9B. Decisión	35.19	11.76	34.37	10.38	1.00		
10A. Discrepancia	25.21	9.05	22.66	8.97	3.70***	0.28	.64
10B. Conformismo	40.21	9.44	42.88	8.62	-3.79***	0.30	.74
11A. Sumisión	18.37	8.87	17.94	8.04	0.66		
11B. Dominio	25.32	9.07	23.26	8.14	3.22**	0.24	.71
12A. Descontento	28.80	9.51	28.48	8.85	0.44		
12B. Aquiescencia	31.20	9.57	33.70	8.94	-3.49***	0.27	.59

Notas: **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001. Tamaños del efecto: pequeño (*d* > 0.20), moderado (*d* > 0.50), grande (*d* > 0.80). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

a) Grupo de rumanos/as residentes en Rumania y migrantes rumanos/as

La tabla 12.60 contiene las diferencias de medias entre los/as rumanos/as residentes en Rumania y los/as migrantes rumanos/as residentes en España. En el área de Metas motivacionales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de participantes en las escalas 3A-Individualidad ($t_{880} = 2.05$, $p < .05$, $d = 0.16$, $1-\beta = .55$) y 3B-Protección ($t_{880} = -2.07$, $p < .05$, $d = 0.16$, $1-\beta = .55$). Los/as rumanos/as residentes en Rumania puntúan más alto en la escala 3A-Individualidad que los/as migrantes rumanos/as residentes en España. Por el contrario, los/as migrantes rumanos/as obtienen puntuaciones más altas en la escala 3B-Protección.

En cuanto al área Estilos cognitivos, los/as rumanos/as residentes en Rumania alcanzan puntuaciones más altas en la escala 5B-Intuición ($t_{880} = 3.76$, $p < .001$, $d = 0.29$, $1-\beta = .69$) y 7B-Innovación ($t_{880} = 2.07$, $p < .05$, $d = 0.16$, $1-\beta = .55$). Las/os migrantes rumanas/os tienen puntuaciones más altas en 5A-Sensación ($t_{484.11} = -5.63$, p

$< .001$, $d = 0.41$, $1-\beta = .98$) y 7A-Sistematización ($t_{880} = -2.36$, $p < .05$, $d = 0.17$, $1-\beta = .60$).

Por último, en el área de Conductas interpersonales, las/os migrantes rumanas/os puntúan más alto en 8A-Retraitamiento ($t_{451.12} = -2.53$, $p < .05$, $d = 0.19$, $1-\beta = .70$), 10B-Conformismo ($t_{880} = -3.79$, $p < .001$, $d = 0.30$, $1-\beta = .74$) y 12B-Aquiescencia ($t_{880} = -3.49$, $p < .001$, $d = 0.27$, $1-\beta = .59$).

b) Grupo de mujeres rumanas y migrantes rumanas

Los resultados indican que en el área de Metas motivacionales no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres rumanas y las mujeres migrantes rumanas, pero si en el área de Estilos cognitivos y el área de Conductas interpersonales (ver tabla 12.61).

En el área de Estilos cognitivos se han hallado diferencias de medias en las escalas 5A-Sensación, 5B-Intuición y 7A-Sistematización. La dirección de las diferencias es de una mayor puntuación en las escalas 5A-Sensación ($t_{363.75} = -5.66$, $p < .001$, $d = 0.49$, $1-\beta = .98$) y 7A-Sistematización ($t_{590} = -2.00$, $p < .05$, $d = 0.19$, $1-\beta = .54$) en el caso de las mujeres migrantes rumanas. Las mujeres rumanas residentes en Rumania puntúan más alto en la escala 5B-Intuición ($t_{590} = -4.02$, $p < .001$, $d = 0.38$, $1-\beta = .79$).

En el área de Conductas interpersonales, existen diferencias de medias estadísticamente significativas en las escalas 8A-Retraitamiento, 10A-Discrepancia, 10B-Conformismo y 12B-Aquiescencia. La dirección de las diferencias es de una mayor puntuación en todas las escalas en las que se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas en el caso de las mujeres migrantes excepto en la escala 10A-Discrepancia, en la que puntúan más alto las mujeres rumanas residentes en Rumania. Por lo tanto las mujeres migrantes rumanas puntúan más alto en las escalas 8A-Retraitamiento ($t_{590} = 2.04$, $p < .05$, $d = 0.19$, $1-\beta = .54$), 10B-Conformismo ($t_{590} = 3.70$, $p < .001$, $d = 0.35$, $1-\beta = .69$) y 12B-Aquiescencia ($t_{590} = -2.33$, $p < .05$, $d = 0.22$, $1-\beta = .67$) y las mujeres rumanas residentes en Rumania, en la escala 10A-Discrepancia ($t_{590} = -2.33$, $p < .05$, $d = 0.30$, $1-\beta = .75$).

En cuanto a la impresión positiva y la impresión negativa, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el índice de impresión positiva, pero no así en el de impresión negativa. En impresión positiva son las mujeres migrantes rumanas las que obtienen una puntuación más alta ($t_{590} = -3.40$, $p < .01$, $d = 0.32$, $1-\beta = .81$).

Tabla 12.61. Diferencias de medias entre rumanas residentes en Rumania y migrantes rumanas

Escala MIPS	Rumanas ($n = 429$)		Migrantes rumanas ($n = 163$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
1A. Expansión	24.24	8.34	24.57	7.88	-0.44		
1B. Preservación	17.75	10.97	18.39	10.37	-0.65		
2A. Modificación	32.27	9.12	33.41	7.69	-1.54		
2B. Adecuación	17.51	9.80	16.74	8.97	0.88		
3A. Individualidad	22.03	7.66	21.01	7.58	1.44		
3B. Protección	31.34	7.96	32.48	8.31	-1.53		
4A. Extraversión	27.70	8.76	27.46	8.22	0.30		
4B. Introversión	11.50	7.026	11.99	7.06	-0.75		
5A. Sensación	17.83	6.15	20.58	4.91	-5.66***	0.49	.98
5B. Intuición	24.24	7.94	21.35	7.39	4.02***	0.38	.79
6A. Pensamiento	20.52	8.79	21.36	8.39	-1.05		
6B. Sentimiento	30.22	8.56	30.48	8.27	-0.34		
7A. Sistematización	40.39	9.86	42.16	9.01	-2.00*	0.19	.54
7B. Innovación	28.07	8.40	26.77	8.47	1.69		
8A. Retraimiento	20.02	9.89	21.84	9.17	-2.04*	0.19	.54
8B. Sociabilidad	36.99	11.62	35.88	10.06	1.15		
9A. Indecisión	18.82	12.34	19.03	11.27	-0.19		
9B. Decisión	34.04	11.64	33.53	10.74	0.49		
10A. Discrepancia	24.39	8.49	21.84	8.64	3.25**	0.30	.75
10B. Conformismo	40.30	9.13	43.35	8.45	-3.70***	0.35	.69
11A. Sumisión	18.80	8.93	18.06	8.27	0.91		
11B. Dominio	24.02	9.13	22.64	8.26	1.69		
12A. Descontento	28.82	9.21	28.21	8.88	0.72		
12B. Aquiescencia	32.68	9.46	34.68	9.04	-2.33*	0.22	.67

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

c) Grupo de hombres rumanos y migrantes rumanos

En la tabla 12.62 se presentan los resultados del contraste de medias entre los hombres rumanos residentes en Rumania y los hombres migrantes residentes en España. Los resultados indican que sólo existen diferencias estadísticamente significativas en 2 escalas de las 24 del MIPS. Los hombres rumanos residentes en Rumania puntúan más alto en la escala 11B-Dominio ($t_{288} = 2.82$, $p < .01$, $d = 0.39$, $1-\beta = .60$) mientras que los hombres migrantes puntúan más alto en la escala 12B-Aquiescencia ($t_{288} = -2.59$, $p < .05$, $d = 0.36$, $1-\beta = .75$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en impresión positiva e impresión negativa. Los hombres rumanos residentes en Rumania obtienen una puntuación más alta en impresión negativa y los hombres migrantes obtienen una puntuación más alta en impresión positiva.

Tabla 12.62. Diferencias de medias entre rumanos residentes en Rumania y rumanos residentes en España

Escala MIPs	Rumanos (<i>n</i> = 219)		Migrantes rumanos (<i>n</i> = 71)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
1A. Expansión	25.63	7.479	25.44	7.27	0.19		
1B. Preservación	15.15	10.22	15.15	9.47	-0.00		
2A. Modificación	32.97	8.74	32.35	8.98	0.52		
2B. Adecuación	18.48	10.84	18.01	9.12	0.33		
3A. Individualidad	25.00	7.39	23.75	6.87	1.27		
3B. Protección	27.25	8.62	28.58	8.66	-1.13		
4A. Extraversión	27.68	8.99	25.90	9.86	1.41		
4B. Introversión	11.45	7.24	12.42	6.78	-1.00		
5A. Sensación	18.57	6.19	20.10	5.86	-1.83		
5B. Intuición	21.99	8.26	20.86	7.58	1.03		
6A. Pensamiento	26.32	7.94	26.18	6.71	0.14		
6B. Sentimiento	25.23	8.95	25.80	8.41	-0.47		
7A. Sistematización	38.96	10.98	40.25	8.74	-1.01		
7B. Innovación	29.24	8.95	27.96	7.55	1.08		
8A. Retraimiento	20.88	10.65	22.82	9.32	-1.37		
8B. Sociabilidad	38.93	11.52	36.13	11.40	1.79		
9A. Indecisión	15.64	11.69	16.23	11.23	-0.37		
9B. Decisión	37.44	11.69	36.31	9.31	0.74		
10A. Discrepancia	26.80	9.87	24.54	9.47	1.70		
10B. Conformismo	40.04	10.05	41.82	8.95	-1.33		
11A. Sumisión	17.55	8.72	17.66	7.54	-0.09		
11B. Dominio	27.87	8.41	24.69	7.75	2.82**	0.39	.60
12A. Descontento	28.73	10.09	29.08	8.80	-0.26		
12B. Aquiescencia	28.29	9.13	31.45	8.31	-2.59*	0.36	.75

Notas: **p* < .05; ***p* < .01; *** *p* < .001. Tamaños del efecto: pequeño (*d* > 0.20), moderado (*d* > 0.50), grande (*d* > 0.80). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

d) Grupo de rumanos/as y españoles/as

Los datos sobre el contraste de medias entre el grupo de rumanos/as y el grupo de españoles/as quedan recogidos en la tabla 12.63. Los datos correspondientes a la muestra española han sido extraídos de la adaptación al español (Sánchez-López et al., 2001). Tal como se puede observar, en el área de Metas Motivacionales se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas en las escalas 1A-Expansión, 1B-Preservación, 2A-Modificación, 2B-Adecuación y 3A-Individualidad. Las/os rumanas/os obtienen puntuación más altas en 1A-Expansión ($t_{1830} = 3.76$, $p < .001$, $d = 0.18$, $1-\beta = .65$), 2A-Modificación ($t_{1830} = 14.00$, $p < .001$, $d = 0.68$, $1-\beta = 1$) y 3A-Individualidad ($t_{1830} = 10.89$, $p < .001$, $d = 0.53$, $1-\beta = 1$). Y el grupo de españolas/es tienen puntuaciones más altas en las escalas 1B-Preservación ($t_{1830} = 2.31$, $p < .05$, $d = 0.11$, $1-\beta = .61$) y 2B-Adecuación ($t_{1830} = 9.89$, $p < .001$, $d = 0.48$, $1-\beta = 1$).

Respecto al área de Estilos cognitivos se han hallado diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas. Mientras en las escalas 4B-

Introversión ($t_{1830} = 2.17$, $p < .05$, $d = 0.11$, $1-\beta = .61$) y 5A-Sensación ($t_{1830} = 5.46$, $p < .001$, $d = 0.27$, $1-\beta = .98$) el grupo de españolas/es puntúan más alto, el grupo de rumanos/os alcanzan puntuaciones más altas en 4A-Extraversión ($t_{1830} = 8.72$, $p < .001$, $d = 0.27$, $1-\beta = .98$), 5B-Intuición ($t_{1830} = 11.34$, $p < .001$, $d = 0.56$, $1-\beta = 1$), 6A-Pensamiento ($t_{1830} = 5.44$, $p < .001$, $d = 0.26$, $1-\beta = .97$), 6B-Sentimiento ($t_{1830} = 2.11$, $p < .05$, $d = 0.10$, $1-\beta = .53$), 7A-Sistematización ($t_{1830} = 7.49$, $p < .001$, $d = 0.37$, $1-\beta = .99$) y 7B-Innovación ($t_{1830} = 11.91$, $p < .001$, $d = 0.59$, $1-\beta = 1$).

Tabla 12.63. Diferencias de medias entre rumanos/as residentes en Rumania y españoles/as

Escala MIPS	Rumanos/as ($n = 648$)		Españoles ($n = 1184$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
1A. Expansión	24.71	8.08	23.34	7.09	3.76***	0.18	.65
1B. Preservación	16.87	10.78	18.05	10.28	2.31*	0.11	.61
2A. Modificación	32.51	8.99	26.50	8.67	14.00***	0.68	1
2B. Adecuación	17.84	10.16	22.57	9.57	9.89***	0.48	1
3A. Individualidad	23.03	7.70	18.86	7.91	10.89***	0.53	1
3B. Protección	29.96	8.41	29.87	8.08	0.22		
4A. Extraversión	27.69	8.83	24.00	8.56	8.72***	0.42	.99
4B. Introversión	11.48	7.09	12.25	7.37	2.17*	0.11	.61
5A. Sensación	18.08	6.17	19.71	6.07	5.46***	0.27	.98
5B. Intuición	23.48	8.11	18.86	8.45	11.34***	0.56	1
6A. Pensamiento	22.48	8.94	20.17	8.54	5.44***	0.26	.97
6B. Sentimiento	28.53	9.00	27.62	8.71	2.11*	0.10	.53
7A. Sistematización	39.90	10.26	35.97	10.99	7.49***	0.37	.99
7B. Innovación	28.47	8.60	23.30	9.04	11.91***	0.59	1
8A. Retraimiento	20.31	10.15	20.54	9.41	0.48		
8B. Sociabilidad	37.65	11.62	30.00	10.73	14.16***	0.68	1
9A. Indecisión	17.75	12.21	18.68	10.62	1.70		
9B. Decisión	35.19	11.76	31.39	10.46	7.11***	0.34	.99
10A. Discrepancia	25.21	9.05	20.91	8.87	9.85***	0.48	1
10B. Conformismo	40.21	9.44	39.57	9.14	1.42		
11A. Sumisión	18.37	8.87	16.74	7.90	4.04***	0.19	.72
11B. Dominio	25.32	9.07	22.93	7.54	6.03***	0.29	.99
12A. Descontento	28.80	9.51	23.25	9.63	11.85***	0.58	1
12B. Aquiescencia	31.20	9.57	35.94	9.36	10.28***	0.50	1

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En el área de Conductas interpersonales, se han encontrados diferencias estadísticamente significativas en las escalas 8B-Sociabilidad ($t_{1830} = 14.16$, $p < .001$, $d = 0.68$, $1-\beta = 1$), 9B-Decisión ($t_{1830} = 7.11$, $p < .001$, $d = 0.34$, $1-\beta = .99$), 10A-Discrepancia ($t_{1830} = 9.85$, $p < .001$, $d = 0.48$, $1-\beta = 1$), 11A-Sumisión ($t_{1830} = 4.04$, $p < .001$, $d = 0.19$, $1-\beta = .72$), 11B-Dominio ($t_{1830} = 6.03$, $p < .001$, $d = 0.29$, $1-\beta = .99$) y 12A-Descontento ($t_{1830} = 11.85$, $p < .001$, $d = 0.58$, $1-\beta = 1$), en cuyo caso el grupo de rumanos/as alcanzan puntuaciones más altas que el grupo de españoles/as y, por último,

en la escala 12B-Aquiescencia ($t_{1830} = 10.28$, $p < .001$, $d = 0.50$, $1-\beta = 1$), siendo el grupo de españoles/as los/as que obtienen puntuaciones más altas.

e) Grupo de migrantes rumanos/as y españoles/as

Los resultados indican que en el área de Metas Motivacionales se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas en las escalas 1A-Expansión, 2A-Modificación, 2B-Adecuación, 3A-Individualidad y 3B-Protección (ver tabla 12.64). El grupo de rumanos/as migrantes obtienen puntuaciones más altas que el grupo de españolas/es en las escalas 2A-Modificación ($t_{1416} = 2.90$, $p < .01$, $d = 0.20$, $1-\beta = .59$), 3A-Individualidad ($t_{1416} = 5.31$, $p < .001$, $d = 0.39$, $1-\beta = .98$) y 3B-Protección ($t_{1416} = 2.43$, $p < .05$, $d = 0.17$, $1-\beta = .66$). Por otro lado, el grupo de españolas/es tienen puntuaciones más altas en la escala 2B-Adecuación ($t_{1416} = 8.03$, $p < .001$, $d = 0.59$, $1-\beta = .99$).

En Estilos cognitivos, el grupo de migrantes rumanos/os puntúan más alto en todas las escalas en las que existen diferencias estadísticamente significativas, es decir, en 4A-Extraversión ($t_{1416} = 4.86$, $p < .001$, $d = 0.35$, $1-\beta = .94$), 5B-Intuición ($t_{1416} = 3.95$, $p < .001$, $d = 0.29$, $1-\beta = .77$), 6A-Pensamiento ($t_{1416} = 4.36$, $p < .001$, $d = 0.32$, $1-\beta = .88$), 6B-Sentimiento ($t_{1416} = 2.32$, $p < .05$, $d = 0.17$, $1-\beta = .66$), 7A-Sistematización ($t_{1416} = 7.34$, $p < .001$, $d = 0.56$, $1-\beta = .99$) y 7B-Innovación ($t_{1416} = 6.01$, $p < .001$, $d = 0.44$, $1-\beta = .99$).

En cuanto al área de Conductas interpersonales, se han encontrados diferencias estadísticamente significativas en las escalas 8A-Retraumamiento ($t_{1416} = 2.38$, $p < .05$, $d = 0.17$, $1-\beta = .66$), 8B-Sociabilidad ($t_{1416} = 7.78$, $p < .001$, $d = 0.56$, $1-\beta = .99$), 9B-Decisión ($t_{1416} = 3.99$, $p < .001$, $d = 0.29$, $1-\beta = .77$), 10A-Discrepancia ($t_{1416} = 2.75$, $p < .01$, $d = 0.20$, $1-\beta = .59$), 11A-Sumisión ($t_{1416} = 2.12$, $p < .001$, $d = 0.15$, $1-\beta = .55$), 12A-Descontento ($t_{1416} = 7.69$, $p < .001$, $d = 0.57$, $1-\beta = .99$) y 12B-Aquiescencia ($t_{1416} = 3.37$, $p < .01$, $d = 0.24$, $1-\beta = .78$). El grupo de rumanos/as migrantes tienen puntuaciones más altas excepto en la escala 12B-Aquiescencia. Asimismo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el índice de impresión positiva, siendo el grupo de migrantes el que puntúa más alto ($t_{1416} = 3.41$, $p < .01$, $d = 0.24$, $1-\beta = .78$).

Tabla 12.64 Diferencias de medias entre migrantes rumanos/as residentes en España y españoles/as

Escala	Migrantes rumanos/as (<i>n</i> = 234)		Españoles (<i>n</i> = 1184)		<i>t</i>	<i>d</i>	1-β
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>			
1A. Expansión	24.83	7.69	23.34	7.09	2.90**	0.20	.59
1B. Preservación	17.41	10.19	18.05	10.28	0.87		
2A. Modificación	33.09	8.10	26.50	8.67	10.74***	0.79	1
2B. Adecuación	17.12	9.02	22.57	9.57	8.03***	0.59	.99
3A. Individualidad	21.84	7.46	18.86	7.91	5.31***	0.39	.98
3B. Protección	31.29	8.59	29.87	8.08	2.43*	0.17	.66
4A. Extraversión	26.99	8.76	24.00	8.56	4.86***	0.35	.94
4B. Introversión	12.12	6.97	12.25	7.37	0.25		
5A. Sensación	20.44	5.21	19.71	6.07	1.72		
5B. Intuición	21.20	7.43	18.86	8.45	3.95***	0.29	.77
6A. Pensamiento	22.82	8.21	20.17	8.54	4.36***	0.32	.88
6B. Sentimiento	29.06	8.57	27.62	8.71	2.32*	0.17	.66
7A. Sistematización	41.58	8.95	35.97	10.99	7.34***	0.56	.99
7B. Innovación	27.13	8.20	23.30	9.04	6.01***	0.44	.99
8A. Retraimiento	22.14	9.21	20.54	9.41	2.38*	0.17	.66
8B. Sociabilidad	35.95	10.47	30.00	10.73	7.78***	0.56	.99
9A. Indecisión	18.18	11.31	18.68	10.62	0.65		
9B. Decisión	34.37	10.38	31.39	10.46	3.99***	0.29	.77
10A. Discrepancia	22.66	8.97	20.91	8.87	2.75**	0.20	.59
10B. Conformismo	42.88	8.62	39.57	9.14	5.11***	0.37	.97
11A. Sumisión	17.94	8.04	16.74	7.90	2.12*	0.15	.55
11B. Dominio	23.26	8.14	22.93	7.54	0.60		
12A. Descontento	28.48	8.85	23.25	9.63	7.69***	0.57	.99
12B. Aquiescencia	33.70	8.94	35.94	9.36	3.37**	0.24	.78

Notas: **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001. Tamaños del efecto: pequeño (*d* > 0.20), moderado (*d* > 0.50), grande (*d* > 0.80). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 5.2. *Existirán diferencias estadísticamente significativas en los estilos de personalidad entre las mujeres y los hombres (migrantes y no migrantes). Las mujeres puntuarán más alto que los hombres en los estilos considerados desadaptativos.*

a) Grupo de mujeres y hombres rumanos/as residentes en España

Según los análisis de la *t* de Student, se encuentran diferencias estadísticamente entre mujeres y hombres en 8 de las 24 escalas del MIPS (ver tabla 12.65).

En cuanto al área de Metas Motivacionales, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas 1B-Preservación ($t_{232} = 2.25$, $p < .05$, $d = 0.33$, $1-\beta = .64$) y 3B-Protección ($t_{232} = 3.26$, $p < .01$, $d = 0.46$, $1-\beta = .90$) y los hombres en la escala Individualidad ($t_{232} = -2.61$, $p < .01$, $d = 0.38$, $1-\beta = .76$).

Dentro del área Estilos cognitivos, las mujeres puntúan más alto en la escala 6B-Sentimiento ($t_{232} = 3.96$, $p < .000$, $d = 0.56$, $1-\beta = .73$) mientras que los hombres

puntúan más alto en la escala 6A-Pensamiento ($t_{164.84} = -4.67$, $p < .000$, $d = 0.63$, $1-\beta = .86$).

Respecto al área Conductas interpersonales, las mujeres alcanzan puntuaciones más altas en la escala 12B-Aquiescencia ($t_{232} = 2.57$, $p < .05$, $d = 0.37$, $1-\beta = .74$) y los hombres, en la escala 10A-Discrepancia ($t_{232} = -2.13$, $p < .05$, $d = 0.30$, $1-\beta = .56$). Por último, aunque no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en dos de los índices de control, en este caso, la impresión positiva y la impresión negativa, se observa que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en ambos índices.

Tabla 12.65. Diferencias de medias entre mujeres y hombres rumanas/os residentes en España

Escala MIPS	♀ ($n = 163$)		♂ ($n = 71$)		t	d	$1-\beta$
	M	$D.T.$	M	$D.T.$			
1A. Expansión	24.57	7.87	25.44	7.27	-0.79		
1B. Preservación	18.39	10.37	15.15	9.47	2.25*	0.33	.64
2A. Modificación	33.42	7.69	32.35	8.98	0.92		
2B. Adecuación	16.74	8.97	18.01	9.12	-0.99		
3A. Individualidad	21.01	7.58	23.75	6.87	-2.61*	0.38	.76
3B. Protección	32.48	8.31	28.58	8.66	3.26**	0.46	.90
4A. Extraversión	27.46	8.22	25.90	9.86	1.25		
4B. Introversión	11.99	7.06	12.42	6.78	-0.44		
5A. Sensación	20.58	4.91	20.10	5.86	0.65		
5B. Intuición	21.35	7.39	20.86	7.58	0.46		
6A. Pensamiento	21.36	8.39	26.18	6.71	-4.67***	0.63	.86
6B. Sentimiento	30.48	8.27	25.80	8.41	3.96***	0.56	.73
7A. Sistematización	42.16	9.01	40.25	8.74	1.50		
7B. Innovación	26.77	8.46	27.96	7.55	-1.02		
8A. Retraimiento	21.84	9.17	22.82	9.32	-0.74		
8B. Sociabilidad	35.88	10.06	36.13	11.40	-0.16		
9A. Indecisión	19.03	11.27	16.22	11.23	1.75		
9B. Decisión	33.53	10.74	36.31	9.31	-1.89		
10A. Discrepancia	21.84	8.64	24.53	9.47	-2.13*	0.30	.56
10B. Conformismo	43.35	8.45	41.82	8.95	1.25		
11A. Sumisión	18.06	8.27	17.66	7.54	0.35		
11B. Dominio	22.64	8.26	24.69	7.75	-1.78		
12A. Descontento	28.21	8.88	29.08	8.80	-0.69		
12B. Aquiescencia	34.68	9.04	31.45	8.31	2.57*	0.37	.74

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Grupo de mujeres y hombres rumanas/os residentes en Rumania

En la tabla 12.66 se presentan los resultados del contraste de medias entre las mujeres y los hombres rumanas/os residentes en Rumania. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en 13 escalas de las 24 del MIPS. Las mujeres obtienen medias más altas en las escalas 1B-Preservación, 3B-Protección, 5B-

Intuición, 6B-Sentimiento, 9A-Indecisión, 12B-Aquiescencia y los hombres, en 1A-Expansión, 3A-Individualidad, 6A-Pensamiento, 8B-Sociabilidad, 9B-Decisión, 10A-Discrepancia y 11B-Dominio.

Tabla 12.66. Diferencias de medias entre mujeres y hombres rumanas/os residentes en Rumania

Escala MIPS	♀ (n = 429)		♂ (n = 219)		t	d	1-β
	M	D.T.	M	D.T.			
1A. Expansión	24.24	8.34	25.63	7.48	-2.15*	0.18	.58
1B. Preservación	17.75	10.97	15.15	10.22	2.92*	0.25	.85
2A. Modificación	32.27	9.12	32.97	8.74	-0.93		
2B. Adecuación	17.51	9.80	18.48	10.84	-1.15		
3A. Individualidad	22.03	7.66	25.00	7.39	-4.74***	0.39	.92
3B. Protección	31.34	7.96	27.25	8.62	6.01***	0.49	.99
4A. Extraversión	27.70	8.76	27.68	8.99	0.03		
4B. Introversión	11.50	7.03	11.45	7.24	0.87		
5A. Sensación	17.83	6.15	18.57	6.19	-1.45		
5B. Intuición	24.24	7.94	21.99	8.26	3.35***	0.28	.53
6A. Pensamiento	20.52	8.79	26.32	7.94	-8.20***	0.69	.99
6B. Sentimiento	30.22	8.56	25.23	8.95	6.90***	0.57	.99
7A. Sistematización	40.38	9.86	38.96	10.98	1.61		
7B. Innovación	28.07	8.40	29.24	8.95	-1.63		
8A. Retraimiento	20.02	9.89	20.88	10.65	-1.02		
8B. Sociabilidad	36.99	11.62	38.93	11.52	-2.02*	0.17	.53
9A. Indecisión	18.82	12.34	15.64	11.69	3.15**	0.26	.71
9B. Decisión	34.04	11.64	37.44	11.69	-3.51***	0.29	.57
10A. Discrepancia	24.39	8.49	26.80	9.87	-3.08**	0.26	.71
10B. Conformismo	40.30	9.13	40.04	10.05	0.34		
11A. Sumisión	18.80	8.93	17.55	8.72	1.70		
11B. Dominio	24.02	9.13	27.87	8.41	-5.20***	0.44	.98
12A. Descontento	28.82	9.21	28.73	10.09	0.12		
12B. Aquiescencia	32.68	9.46	28.29	9.13	5.65***	0.47	.99

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Tamaños del efecto: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$), grande ($d > 0.80$). Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En el área de Metas Motivacionales, las mujeres puntúan más alto que los hombres en 1B-Preservación ($t_{483.51} = 2.92$, $p < .05$, $d = 0.25$, $1-\beta = .85$) y 3B-Protección ($t_{646} = 6.01$, $p < .001$, $d = 0.49$, $1-\beta = .99$) y los hombres en otras dos escalas: en 1A-Expansión ($t_{646} = -2.15$, $p < .05$, $d = 0.18$, $1-\beta = .58$) y 3A-Individualidad ($t_{646} = -4.74$, $p < .001$, $d = 0.39$, $1-\beta = .92$). Los tamaños del efecto son pequeños excepto en el caso de la escala 3B-Protección en cuyo caso el tamaño del efecto es mediano ($d = 0.49$).

Las escalas del área de Estilos cognitivos en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas son 5B-Intuición, 6A-Pensamiento y 6B-Sentimiento. Los hombres alcanzan puntuaciones más altas en la escala 6A-Pensamiento ($t_{646} = -8.20$, $p < .001$, $d = 0.69$, $1-\beta = .99$) y las mujeres en las otras dos escalas, 5B-Intuición ($t_{646} = -3.35$, $p < .001$, $d = 0.28$, $1-\beta = .53$) y 6B-Sentimiento (t_{646}

= 6.90, $p < .000$, $d = 0.57$, $1-\beta = .99$). Tal como se puede observar, los tamaños del efecto son medianos en el caso de las escalas 6A-Pensamiento ($d = 0.69$) y 6B-Sentimiento ($d = 0.57$) y pequeño en la escala 5B-Intuición ($d = 0.28$).

En cuanto al área de Conductas interpersonales, los resultados encontrados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas 8B-Sociabilidad, 9A-Indecisión, 9B-Decisión, 10A-Discrepancia, 11B-Dominio y 12B-Aquiescencia. Las mujeres tienen puntuaciones más altas en 9A-Indecisión ($t_{646} = 3.15$, $p < .01$, $d = 0.26$, $1-\beta = .71$) y 12B-Aquiescencia ($t_{646} = 5.65$, $p < .001$, $d = 0.47$, $1-\beta = .99$) y los hombres obtienen más puntuación en las escalas 8B-Sociabilidad ($t_{646} = -2.02$, $p < .05$, $d = 0.17$, $1-\beta = .53$), 9B-Decisión ($t_{646} = -3.51$, $p < .001$, $d = 0.29$, $1-\beta = .57$), 10A-Discrepancia ($t_{385.73} = -3.08$, $p < .01$, $d = 0.26$, $1-\beta = .71$) y 11B-Dominio ($t_{646} = -5.20$, $p < .001$, $d = 0.44$, $1-\beta = .98$). Los tamaños del efecto en estas escalas son pequeños.

Hipótesis 5.3. *El tiempo de residencia en España correlacionará con los estilos de personalidad del MIPS.*

Se han encontrado correlaciones positivas entre el tiempo de residencia en España y el estilo de personalidad 1A-Expansión. Los estilos 1B-Preservación, 5B-Intuición, 10A-Discrepancia y 12A-Descontento correlacionan de forma negativa con el tiempo de residencia en España. En la tabla 12.67 se muestran las correlaciones desagregadas por sexos.

Hipótesis 5.4. *Las variables de personalidad más adaptativas tendrán capacidad predictiva sobre las variables de salud física/psicológica (salud autopercebida, satisfacción personal, salud mental y estrés aculturativo). Las variables de personalidad menos adaptativas predecirán una peor salud física/psicológica (salud autopercebida, satisfacción personal, salud mental y estrés aculturativo).*

Con el objetivo de comprobar esta hipótesis se realizan correlaciones de Pearson y análisis de regresión múltiple entre los estilos de personalidad del MIPS y los índices de salud física/psicológica. A continuación se presentan los resultados en el caso del grupo total de rumanos/as residentes en Rumania y migrantes rumanos/as residentes en España, así como también los mismos análisis desagregados por sexos.

Tabla 12.67. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y el tiempo de residencia en España en mujeres, hombres y el grupo total de migrantes

Estilos del MIPS	Tiempo en España (Total)	Tiempo en España (Mujeres)	Tiempo en España (Hombres)
1A. Expansión	.14*	.12	.17
1B. Preservación	-.15*	-.09	-.26*
2A. Modificación	-.09	-.04	-.18
2B. Adecuación	.00	-.00	.02
3A. Individualidad	-.12	-.17*	-.08
3B. Protección	.01	.09	-.8
4A. Extraversión	-.00	.03	-.04
4B. Introversión	-.06	-.03	-.16
5A. Sensación	.01	.01	.03
5B. Intuición	-.19**	-.17	-.22
6A. Pensamiento	.04	.00	.00
6B. Sentimiento	-.10	-.02	-.21
7A. Sistematización	-.04	.08	-.30*
7B. Innovación	-.06	-.08	-.03
8A. Retraimiento	-.04	-.05	-.06
8B. Sociabilidad	-.05	-.02	-.10
9A. Indecisión	-.11	-.04	-.22
9B. Decisión	-.04	-.07	-.02
10A. Discrepancia	-.14*	-.15	-.19
10B. Conformismo	.01	.05	-.04
11A. Sumisión	-.06	-.00	-.19
11B. Dominio	-.06	-.14	.08
12A. Descontento	-.16*	-.12	-.26*
12B. Aquiescencia	.07	.13	-.00

a) Grupo total de rumanos/as residentes en Rumania

En la tabla 12.68 se muestran las correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad del MIPS y los índices de salud física/psicológica en el caso del grupo total de rumanos/as residentes en Rumania.

Los estilos 1A-Expansión y 1B-Preservación pertenecientes al área de Metas Motivacionales muestran correlaciones significativas con todos los índices de salud analizados. Los estilos 2A-Modificación y 2B-Adecuación también presentan correlaciones estadísticamente significativas con la salud física autopercebida, la salud mental y la satisfacción global. El estilo 3A-Individualidad guarda relación estadísticamente significativa tanto con la salud física como también con la salud mental. Por otro lado, el estilo 3B-Protección tiene una correlación de Pearson estadísticamente significativa con la salud mental medida a través del GHQ-12. Las escalas que Millon considera desadaptativas, es decir, 1B-Preservación, 2B-Adecuación y 3B-Protección presentan correlaciones negativas con la salud física y satisfacción

global. En el caso de la salud mental, estas correlaciones son directas ya que el GHQ-12 se interpreta de tal manera que las puntuaciones altas se corresponden con peor salud.

En el área Modos Cognitivos, los estilos 4A-Extraversión, 4B-Introversión, 5B-Intuición, 6B-Sentimiento y 7A-Sistematización presentan correlaciones estadísticamente significativas con la salud física. Asimismo, la salud mental muestra correlaciones estadísticamente significativas con todos los estilos de esta área. Por último, la satisfacción global tiene correlaciones estadísticamente significativas con los estilos 4A-Extraversión, 4B-Introversión, 5B-Intuición y 7A-Sistematización. Las escalas adaptativas correlacionan de forma positiva con los índices de salud física autopercebida y satisfacción global y de forma negativa con las escalas desadaptativas. En el caso de la salud mental medida a través del GHQ-12 la relación es inversa.

Tabla 12.68. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo total de rumanos/as residentes en Rumania

Estilos del MIPS	Salud física	Salud mental	Satisfacción global
1A. Expansión	.32**	-.49**	.35**
1B. Preservación	-.35**	.49**	-.38**
2A. Modificación	.16**	-.30**	.21**
2B. Adecuación	-.20**	.32**	-.26**
3A. Individualidad	.08*	-.12**	-.06
3B. Protección	-.12**	.03	.06
4A. Extraversión	.19**	-.28**	.26**
4B. Introversión	-.24**	.30**	-.28**
5A. Sensación	.02	-.15**	.04
5B. Intuición	-.10*	.16**	-.10**
6A. Pensamiento	.05	-.13**	.03
6B. Sentimiento	-.15**	.16**	-.08
7A. Sistematización	.10*	-.26**	.17**
7B. Innovación	.03	-.00	-.06
8A. Retraimiento	-.26**	.35**	-.33**
8B. Sociabilidad	.22**	-.34**	.25**
9A. Indecisión	-.32**	.44**	-.34**
9B. Decisión	.24**	-.40**	.24**
10A. Discrepancia	-.18**	.24**	-.33**
10B. Conformismo	.04	-.23**	.16**
11A. Sumisión	-.36**	.46**	-.34**
11B. Dominio	.14**	-.24**	.04
12A. Descontento	-.27**	.36**	-.39**
12B. Aquiescencia	-.16**	.17**	-.00

Notas: * $p < .05$. ** $p < .01$

En lo que se refiere al área de las Conductas Interpersonales, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la salud física y todos los estilos que configuran esta área excepto la escala 10B-Conformismo. En el caso de la salud mental, se muestran correlaciones estadísticamente significativas con todas las escalas de esta

área. Asimismo, la satisfacción global tiene correlaciones estadísticamente significativas con las escalas 8A-Retraumiento, 8B-Sociabilidad, 9A-Indecisión, 9B-Decisión, 10A-Discrepancia, 10B-Conformismo, 11A-Sumisión, 12A-Descontento. Al igual que en el caso de las dos áreas anteriores, en este caso también se observan correlaciones positivas entre las escalas adaptativas y la salud física y la satisfacción global y, negativas, entre las escalas desadaptativas y la salud física y la satisfacción global. El patrón de correlaciones entre las escalas del MIPS y la salud mental es inverso por la forma de interpretación (mayor puntuación se corresponde con peor salud mental).

Tabla 12.69. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental y satisfacción global en rumanos/as residentes en Rumania

	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
Salud física autopercebida				
Pasos				
1 11A. Sumisión	-.364***	.131***	.132	96.10***
2 11A. Sumisión	-.234***	.139**	.01	52.00***
1B. Preservación	-.162**			
Satisfacción global				
Pasos				
1 12A. Descontento	-.389***	.150***	.152	114.90***
2 12A. Descontento	-.288***	.173***	.024	68.42***
11A. Sumisión	-.185***			
Salud mental (GHQ-12)				
Pasos				
1 1B. Preservación	.492***	.241***	.242	202.25***
2 1B. Preservación	.272***	.258***	.018	111.00***
1A. Expansión	-.257***			
3 1B. Preservación	.189*	.264**	.008	76.81***
1A. Expansión	-.215**			
11A. Sumisión	.149*			

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Los resultados de la regresión se muestran en la tabla 12.69. Los estilos 11A-Sumisión y 1B-Preservación explican el 13.9% de la variabilidad de la salud autopercebida. La satisfacción global queda explicada en un 17.3% por los estilos 12A-Descontento y 11A-Sumisión. El 25.8% del total de la variabilidad de la salud mental medida a través del GHQ-12 queda explicada por los estilos 1B-Preservación y 1A-Expansión.

b) Grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania

En la tabla 12.70 se presentan las correlaciones entre los estilos de personalidad y los índices de salud física autopercebida, salud mental medida a través del GHQ-12 y satisfacción global.

Tabla 12.70. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania

Estilos del MIPS	Salud física	Salud mental	Satisfacción global
1A. Expansión	.29**	-.50**	.38**
1B. Preservación	-.34**	.50**	-.41**
2A. Modificación	.11*	-.31**	.21**
2B. Adecuación	-.17**	.34**	-.27**
3A. Individualidad	.04	-.15**	-.03
3B. Protección	-.11*	.04	.05
4A. Extraversión	.19**	-.30**	.29**
4B. Introversión	-.25**	.30**	-.32**
5A. Sensación	-.03	-.14**	-.01
5B. Intuición	-.08	.13**	-.07
6A. Pensamiento	-.02	-.12*	-.01
6B. Sentimiento	-.12*	.14**	-.06
7A. Sistematización	.06	-.26**	.15**
7B. Innovación	.03	-.05	-.01
8A. Retraimiento	-.26**	.36**	-.35**
8B. Sociabilidad	.18**	-.33**	.25**
9A. Indecisión	-.31**	.47**	-.38**
9B. Decisión	.19**	-.40**	.25**
10A. Discrepancia	-.21**	.23**	-.31**
10B. Conformismo	-.02	-.21**	.08
11A. Sumisión	-.38**	.51**	-.39**
11B. Dominio	.09	-.24**	.04
12A. Descontento	-.27**	.36**	-.39**
12B. Aquiescencia	-.13**	.17**	-.01

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$

En la tabla 12.71 se detallan los resultados de la regresión para las mujeres rumanas residentes en Rumania. La salud física autopercebida queda explicada en un 14.5% de su variabilidad por el estilo 11A-Sumisión. Los estilos 11A-Sumisión y 1A-Expansión explican un 28.4% de la variabilidad de la salud mental. El 20% del total de la variabilidad de la satisfacción global queda explicada por los estilos 12A-Descontento, 11A-Sumisión y 8A-Retraimiento.

Tabla 12.71. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental y satisfacción global en rumanos residentes en Rumania

		β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
Salud física autopercebida					
Pasos					
1	11. Sumisión	-.383***	.145***	.147	72.07***
Satisfacción global					
Pasos					
1	1B. Preservación	-.412***	.168***	.170	86.99***
2	1B. Preservación	-.268***	.186**	.020	49.66***
	12A. Descontento	-.201**			
3	1B. Preservación	-.116	.196*	.012	35.68***
	12A. Descontento	-.209**			
	11A. Sumisión	-.183*			
4	12A. Descontento	-.255***	.194	-.003	52.50***
	11A. Sumisión	-.251***			
5	12A. Descontento	-.218***	.200*	.007	36.53***
	11A. Sumisión	-.206***			
	8A. Retraimiento	-.112*			
Salud mental (GHQ-12)					
Pasos					
1	11A. Sumisión	.510***	.258***	.260	146.50***
1	11A. Sumisión	.314***	.284***	.027	83.72***
	1A. Expansión	-.256***			

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

c) Grupo de hombres rumanos residentes en Rumania

Las correlaciones entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo de hombres rumanos residentes en Rumania se muestran en la tabla 12.72.

Los resultados de la regresión quedan recogidos en la tabla 12.73. En los hombres rumanos residentes en Rumania, el estilo 1A-Expansión explica un 11.7% de la variabilidad de la salud física autopercebida. El 16.6% de la variabilidad total de la satisfacción global queda explicada por los estilos 12A-Descontento y 10B-Conformismo. Por último, la salud mental queda explicada en un 22.6% por los estilos 1A-Expansión y 1B-Preservación.

Tabla 12.72. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental y satisfacción global en el grupo de rumanos residentes en Rumania

Estilos del MIPS	Salud física	Salud mental	Satisfacción global
1A. Expansión	.35**	-.47**	.29**
1B. Preservación	-.34**	.46**	-.32**
2A. Modificación	.25**	-.27**	.21**
2B. Adecuación	-.27**	.30**	-.23**
3A. Individualidad	.09	-.02	-.13
3B. Protección	-.05	-.02	.09
4A. Extraversión	.19**	-.24**	.20**
4B. Introversión	-.22**	.29**	-.22**
5A. Sensación	.10	-.18**	.15*
5B. Intuición	-.08	.20**	-.16*
6A. Pensamiento	.08	-.13	.12
6B. Sentimiento	-.13	.17*	-.11
7A. Sistematización	.21**	-.26**	.20**
7B. Innovación	.00	.09	-.15*
8A. Retraimiento	-.28**	.35**	-.28**
8B. Sociabilidad	.28**	-.36**	.25**
9A. Indecisión	-.29**	.38**	-.25**
9B. Decisión	.30**	-.39**	.22**
10A. Discrepancia	-.18**	.30**	-.38**
10B. Conformismo	.16*	-.28**	.29**
11A. Sumisión	-.30**	.36**	-.25**
11B. Dominio	.18**	-.22**	.03
12A. Descontento	-.29**	.37**	-.38**
12B. Aquiescencia	-.15*	.12	.01

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$

d) Grupo total de migrantes rumanos/as

En la tabla 12.74 aparecen las correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y, en este caso cuatro índices de salud (salud física autopercebida, salud mental medida a través del GHQ-12 y el SAFE y la satisfacción global). Al igual que en el caso de los/as rumanos/as residentes en Rumania, en el grupo de migrantes rumanos/as residentes en España también se observan correlaciones estadísticamente significativas entre los estilos de personalidad y los índices de salud.

En el área de Metas Motivacionales, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas negativas entre la salud física autopercebida y las escalas desadaptativas 1B-Preservación ($r = -.31$, $p < .01$) y 2B-Adecuación ($r = -.15$, $p < .05$). Estas dos escalas guardan una relación negativa y estadísticamente significativa con la satisfacción global. La salud mental tiene correlaciones positivas y estadísticamente significativas con estas mismas escalas consideradas desadaptativas por Millon (en el caso de la escala 1B-Preservación, $r = .45$, $p < .01$ y en el caso de la escala 2B-

Adecuación, $r = .34$, $p < .01$). Asimismo, el estrés de aculturación correlaciona de forma positiva con estas dos escalas.

Tabla 12.73. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física/psicológica. Rumanos residentes en Rumania

		β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
Salud física autopercebida					
Pasos					
1	1A. Expansión	.349***	.117***	.122	29.09***
Satisfacción global					
Pasos					
1	12A. Descontento	-.384***	.143***	.147	37.15***
2	12A. Descontento	-.323***	.166*	.026	22.44***
	10B. Conformismo	.173**			
Salud mental (GHQ-12)					
Pasos					
1	1A. Expansión	-.467***	.214***	.218	59.68***
2	1A. Expansión	-.267*	.226*	.015	32.40***
	1B. Preservación	.235*			

Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En el área de Modos Cognitivos, la salud física correlaciona de forma indirecta con los estilos considerados desadaptativos por Millon, 4B-Introversión ($r = -.13$, $p < .05$) y 6B-Sentimiento ($r = -.16$, $p < .05$). En el caso de la satisfacción global, estos mismos estilos tienen correlaciones negativas. La salud mental correlaciona estadísticamente con los estilos 4B-Introversión ($r = .29$, $p < .01$), 5B-Intuición ($r = .19$, $p < .01$) y 6B-Sentimiento ($r = .14$, $p < .05$). Con respecto al estrés de aculturación, la relación entre esta variable y los estilos desadaptativos es positiva, lo que significa que las/os participantes que más puntuaciones obtienen en dichos estilos también tienden a puntuar alto en el estrés de aculturación.

Con respecto al área de Conductas Interpersonales, la salud autopercebida correlaciona negativamente con los estilos considerados desadaptativos 8A-Retraimiento ($r = -.13$, $p < .05$), 9A-Indecisión ($r = -.31$, $p < .01$), 11A-Sumisión ($r = -.32$, $p < .01$) y 12A-Descontento ($r = -.14$, $p < .05$). La satisfacción global mantiene el mismo patrón de correlaciones encontrados entre la salud autopercebida y los estilos desadaptativos y, además, se encuentra una correlación estadísticamente significativa y negativa con el estilo considerado desadaptativo, 10A-Discrepancia ($r = -.22$, $p < .01$). Sin embargo, las correlaciones encontradas entre la salud mental y los estilos desadaptativos son positivas. La misma dirección se ha encontrado al analizar los estilos desadaptativos y el estrés de aculturación.

Tabla 12.74. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en el grupo total de migrantes rumanos/as

Estilos del MIPS	Salud física	Salud mental	Satisfacción global	Estrés aculturación
1A. Expansión	.26**	-.42**	.37**	-.40**
1B. Preservación	-.32**	.45**	-.37**	.46**
2A. Modificación	.22**	-.26**	.24**	-.04
2B. Adecuación	-.15*	.34**	-.24**	.23**
3A. Individualidad	.15*	-.03	.06	.07
3B. Protección	-.11	.01	-.00	.07
4A. Extraversión	.13*	-.24**	.15*	-.10
4B. Introversión	-.13*	.29**	-.22**	.30**
5A. Sensación	.06	-.20**	.06	.03
5B. Intuición	-.02	.19**	-.12	.15*
6A. Pensamiento	.22**	-.11	.13*	.14*
6B. Sentimiento	-.16*	.14*	-.15*	.15*
7A. Sistematización	.14*	-.32**	.19**	-.01
7B. Innovación	.04	.10	-.045	.07
8A. Retraimiento	-.13*	.30**	-.26**	.24**
8B. Sociabilidad	.24**	-.26**	.22**	-.09
9A. Indecisión	-.31**	.40**	-.33**	.44**
9B. Decisión	.34**	-.35**	.31**	-.17**
10A. Discrepancia	-.09	.23**	-.22**	.30**
10B. Conformismo	.12	-.18**	.21**	.10
11A. Sumisión	-.32**	.45**	-.37**	.39**
11B. Dominio	.23**	-.06	.18**	.06
12A. Descontento	-.14*	.27**	-.31**	.47**
12B. Aquiescencia	-.19**	.09	-.08	.00

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$

Los resultados de la regresión múltiple por pasos se muestran en la tabla 12.75. La salud física autopercibida queda explicada en un 11.1% por las escalas 1B-Preservación ($\beta = -.193$, $p < .001$) y 11A-Sumisión ($\beta = -.180$, $p < .001$). El resto de las variables con mayor correlación seleccionadas como predictoras no son estadísticamente significativas. Estos mismos estilos explican el 15.2% de la variable satisfacción global. Los estilos 1B-Preservación ($\beta = .267$, $p < .001$) y 11A-Sumisión ($\beta = .259$, $p < .01$) explican el 23.1% de la variabilidad de la salud mental medida a través del GHQ-12. En cuanto al estrés de aculturación, los estilos 12A-Descontento y 9A-Indecisión explican un 25.9% de su varianza.

Tabla 12.75. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física autopercebida, satisfacción global, salud mental (GHQ-12) y estrés aculturativo en migrantes rumanos/as

	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
Salud física autopercebida				
Pasos				
1 1B. Preservación	-.320***	.103***	.103	26.20***
2 1B. Preservación	-.193*	.111*	.016	15.38***
11A. Sumisión	-.180*			
Satisfacción global				
Pasos				
1 1B. Preservación	-.370***	.133***	.137	36.35***
2 1B. Preservación	-.219*	.152*	.022	21.59***
11A. Sumisión	-.212*			
Salud psicológica (GHQ-12)				
Pasos				
1 1B. Preservación	.451***	.200***	.204	59.38***
2 1B. Preservación	.267***	.231**	.033	35.91***
11A. Sumisión	.259**			
Estrés aculturativo				
Pasos				
1 12A. Descontento	.474***	.221***	.224	63.95***
2 12A. Descontento	.328***	.259*	.042	39.87***
9A. Indecisión	.251**			
Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.				

e) Grupo de migrantes rumanas residentes en España

Los resultados de las correlaciones entre la salud física autopercebida, la salud mental, el estrés aculturativo y la satisfacción global y los estilos de personalidad para migrantes rumanas residentes en España se muestran en la tabla 12.76.

En el caso de las mujeres, los estilos 11A-Sumisión y 9B-Decisión son los que explican el 14.4% de la varianza de la salud física autopercebida. Por su lado, los estilos 11A-Sumisión y 1B-Preservación explican el 27% de la varianza de la salud mental medida a través del GHQ-12. Asimismo, el 28.3% de la varianza del estrés de aculturación queda explicado por los estilos 12A-Descontento y 1B-Preservación (ver tabla 12.77).

Tabla 12.76. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en el grupo de migrantes rumanas

Estilos del MIPS	Salud física	Salud mental	Satisfacción global	Estrés aculturación
1A. Expansión	.24**	-.43**	.30**	-.41**
1B. Preservación	-.33**	.47**	-.30**	.47**
2A. Modificación	.29**	-.29**	.33**	-.13
2B. Adecuación	-.21**	.36**	-.29**	.29**
3A. Individualidad	.09	.00	.09	.09
3B. Protección	-.06	.01	-.03	.05
4A. Extraversión	.15	-.28**	.15	-.19*
4B. Introversión	-.15	.35**	-.21**	.33**
5A. Sensación	.09	-.21**	.02	.07
5B. Intuición	-.05	.23**	-.10	.12
6A. Pensamiento	.18*	-.09	.22**	.17*
6B. Sentimiento	-.13	.17*	-.20*	.12
7A. Sistematización	.23**	-.41**	.27**	-.14
7B. Innovación	-.03	.17*	-.06	.06
8A. Retraimiento	-.17*	.33**	-.25**	.29**
8B. Sociabilidad	.27**	-.25**	.26**	-.12
9A. Indecisión	-.29**	.44**	-.30**	.43**
9B. Decisión	.34**	-.35**	.35**	-.17*
10A. Discrepancia	-.21**	.31**	-.20**	.33**
10B. Conformismo	.22**	-.21**	.24**	.07
11A. Sumisión	-.36**	.49**	-.36**	.41**
11B. Dominio	.19*	.01	.22**	.09
12A. Descontento	-.20**	.33**	-.31**	.51**
12B. Aquiescencia	-.14	0.04	-.12	-.01

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$

f) Grupo de migrantes rumanos residentes en España

En la tabla 12.78 se muestran las correlaciones entre los estilos de personalidad y la salud física autopercebida, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global para los migrantes rumanos.

En el caso de los hombres, los resultados de la regresión múltiple se muestran en la tabla 12.79. Se puede observar que el 9% de la salud física autopercebida y el 14.8% de la salud mental quedan explicados por el estilo 1A-Expansión. En el caso de la satisfacción global, esta variable queda explicada en un 30.9% por el estilos 1B-Preservación. Por último, el estrés de aculturación queda explicado en un 20% por el estilo 9A-Indecisión.

Tabla 12.77. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en migrantes rumanas

	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
Salud física autopercebida				
Pasos				
1 11A. Sumisión	-.36***	.124***	.129	23.47***
2 11A. Sumisión 9B. Decisión	-.24** .20*	.144*	.026	14.42***
Satisfacción personal autopercebida				
Pasos				
1 11A. Sumisión	-.36***	.122***	.127	23.19***
2 11A. Sumisión 9B. Decisión	-.23* .22*	.148*	.031	14.85***
3 11A. Sumisión 9B. Decisión 12A. Descontento	-.12 .23* -.18*	.166*	.023	11.62***
4 9B. Decisión 12A. Descontento	.29*** -.23**	.164	-.007	16.68***
Salud mental (GHQ-12)				
Pasos				
1 11A. Sumisión	.495***	.24***	.24	52.24***
2 11A. Sumisión 1B. Preservación	.321** .246*	.27*	.03	30.40***
Estrés aculturativo				
Pasos				
1 12A. Descontento	.509***	.254***	.259	53.43***
2 12A. Descontento 1B. Preservación	.354*** .240**	.283**	.034	31.41***

Nota: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

Hipótesis 5.5. *Las personas de las estrategias integración y asimilación puntuarán más alto en los estilos de personalidad considerados adaptativos mientras que las personas de las estrategias separación y marginación puntuarán más alto en los estilos de personalidad considerados desadaptativos.*

Para explorar si existen estilos de personalidad diferenciales en función de la estrategia de aculturación, la muestra total se divide en cuatro grupos que se corresponden con las cuatro estrategias: marginación, separación, asimilación e integración.

Se lleva a cabo un análisis de varianza (ANOVA), siendo la variable independiente o factor los grupos formados según la estrategia de aculturación (marginación, separación, asimilación e integración) y las escalas del MIPS la variable dependiente. Cuando no se asumen varianzas iguales se realiza el ajuste de Brown-Forsythe como alternativa al estadístico F del ANOVA.

Tabla 12.78. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad y la salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en el grupo de migrantes

Estilos del MIPS	Salud física	Salud mental	Satisfacción global	Estrés aculturativo
1A. Expansión	.32**	-.40**	.55**	-.36**
1B. Preservación	-.25*	.37**	-.56**	.43**
2A. Modificación	.13	-.24*	.08	.14
2B. Adecuación	-.04	.33**	-.12	.08
3A. Individualidad	.24*	-.09	-.00	.05
3B. Protección	-.14	-.04	.05	.11
4A. Extraversión	.14	-.20	.15	.06
4B. Introversión	-.11	.17	-.26*	.20
5A. Sensación	.04	-.20	.16	-.06
5B. Intuición	.08	.10	-.18	.21
6A. Pensamiento	.25*	-.08	-.08	.09
6B. Sentimiento	-.14	.02	-.06	.22
7A. Sistematización	-.00	-.14	-.00	.31**
7B. Innovación	.21	-.07	-.01	.08
8A. Retraimiento	-.09	.25*	-.28*	.11
8B. Sociabilidad	.19	-.29*	.13	-.02
9A. Indecisión	-.32**	.29*	-.41**	.46**
9B. Decisión	.32**	-.34**	.21	-.20
10A. Discrepancia	.09	.10	-.27*	.23
10B. Conformismo	-.07	-.14	.16	.19
11A. Sumisión	-.20	.33**	-.40**	.34**
11B. Dominio	.29*	-.20	.09	-.02
12A. Descontento	.00	.15	-.32**	.39**
12B. Aquiescencia	-.25*	.17	.01	.05

*Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$*

En la tabla 12.80 se pueden consultar los resultados del ANOVA de un factor efectos fijos y medidas independientes, así como también el ajuste de Brown-Forsythe. Según estos resultados, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro estrategias de aculturación en 1A-Expansión ($F_{3,211} = 7.09$, $p < .001$, $\eta^2 = .09$, $1-\beta = .98$), 1B-Preservación ($F_{3,211} = 5.48$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$, $1-\beta = .94$), 2B-Adecuación ($F_{3,211} = 9.03$, $p < .001$, $\eta^2 = .12$, $1-\beta = .97$), 3B-Individualidad ($F_{3,211} = 3.54$, $p < .05$, $\eta^2 = .05$, $1-\beta = .78$), 8A-Retraimiento ($F_{3,211} = 8.97$, $p < .001$, $\eta^2 = .11$, $1-\beta = .99$), 9A-Indecisión ($F_{3,211} = 7.85$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$, $1-\beta = .99$), 9B-Decisión ($F_{3,211} = 7.23$, $p < .001$, $\eta^2 = .09$, $1-\beta = .98$), 10A-Discrepancia ($F_{3,211} = 3.50$, $p < .05$, $\eta^2 = .05$, $1-\beta = .78$), 11A-Sumisión ($F_{3,211} = 3.51$, $p < .05$, $\eta^2 = .05$, $1-\beta = .78$), 11B-Dominio ($F_{3,211} = 2.96$, $p < .05$, $\eta^2 = .04$, $1-\beta = .60$) y 12A-Descontento ($F_{3,211} = 4.00$, $p < .05$, $\eta^2 = .05$, $1-\beta = .83$).

Tabla 12.79. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad para las consecuencias en salud física, salud mental, estrés aculturativo y satisfacción global en migrantes rumanos

	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
Salud física autopercibida				
Pasos				
1 1A. Expansión	.323**	.09**	.105	8.06**
Satisfacción global				
Pasos				
1 1B. Preservación	-.565***	.309***	.319	31.91***
Salud mental (GHQ-12)				
Pasos				
1 1A. Expansión	-.40**	.148**	.16	13.15**
Estrés de aculturación				
Pasos				
1 9A. Indecisión	461***	.200***	.212	17.77***

Nota: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

En el caso del incumplimiento de la igualdad de varianzas y la aplicación del ajuste de Brown-Forsythe, hay diferencias en los estilos 2A-Modificación ($F_{3,194.70} = 10.81, p < .001, \eta^2 = .13, 1-\beta = .99$), 4A-Extraversión ($F_{3,166.80} = 15.83, p < .001, \eta^2 = .19, 1-\beta = 1$), 4B-Introversión ($F_{3,166.30} = 9.14, p < .001, \eta^2 = .12, 1-\beta = .97$), 7a-Sistematización ($F_{3,183.10} = 4.68, p < .001, \eta^2 = .06, 1-\beta = .89$), 8B-Sociabilidad ($F_{3,185.45} = 8.99, p < .001, \eta^2 = .11, 1-\beta = .99$), 10B-Conformismo ($F_{3,171.90} = 15.83, p < .001, \eta^2 = .09, 1-\beta = .98$) y 12B-Aquiescencia ($F_{3,178.67} = 2.79, p < .05, \eta^2 = .04, 1-\beta = .68$).

Para comprobar entre qué grupos se producen diferencias se llevan a cabo contrastes post hoc mediante el test de Bonferroni (cuando se asumen varianzas iguales) y mediante la prueba Games-Howell (cuando no se asumen varianzas iguales). A continuación se describen los resultados del contraste post hoc mediante el test de Bonferroni. Los resultados indican que existen diferencias en los estilos de personalidad según la estrategia de aculturación.

Escala 1A-Expansión: Las comparaciones post hoc mediante Bonferroni indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los/as participantes que adoptan la estrategia de integración ($M = 27.11, D.T. = 6.46$) y separación ($M = 22.95, D.T. = 7.20$). En este caso, la diferencia es de 4.16 puntos, siendo el grupo de la estrategia de integración el que puntúa más alto. La diferencia entre el grupo de la estrategia integración y el grupo de la estrategia marginación ($M = 22.59, D.T. = 7.74$) es de 4.52 puntos, siendo el grupo de la estrategia de integración el que puntúa más alto.

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de asimilación y el de separación y el grupo de asimilación y el de marginación, con diferencias de 4.76 y 5.12 puntos, respectivamente. En ambos casos, el grupo de la estrategia de asimilación puntúa más alto.

Tabla 12.80. ANOVA de un factor en los estilos de personalidad en función de las cuatro estrategias de aculturación en el grupo total de migrantes rumanos/as

Escala del MIPS	Marginación		Separación		Asimilación		Integración		F	η^2	1- β
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.			
1A. Expansión	22.59	7.74	22.95	7.20	27.71	7.95	27.11	6.46	7.09***	.09	.98
1B. Preservación	18.46	10.18	21.47	9.92	13.98	10.31	15	9.21	5.48***	.07	.94
2A. Modificación	29.36	8.83	32.97	7.04	36.84	5.59	35.48	7.49	10.81***	.13	.99
2B. Adecuación	20.74	9.61	18.30	7.47	13.31	7.53	14.23	8.97	9.03***	.12	.97
3A. Individualidad	22.38	7.64	22.47	6.24	23.20	8.27	20.58	6.69	1.35	-	-
3B. Protección	28.61	8.96	31.65	8.72	30.40	9.13	33.49	7.77	3.54*	.05	.78
4A. Extraversión	23.13	8.68	24.55	9.26	31.64	5.74	30.68	7.40	15.83***	.19	1
4B. Introversión	13.72	6.87	14.62	7.83	8.64	5.36	10.12	6.08	9.14***	.12	.97
5A. Sensación	20.15	5.76	20.90	4.94	19.42	4.42	20.88	5.46	0.86	-	-
5B. Intuición	20.10	7.95	22.12	6.63	22.51	6.55	21.06	8.48	1.06	-	-
6A. Pensamiento	23.39	8.79	22.57	8.81	22.56	7.72	22.38	7.91	0.18	-	-
6B. Sentimiento	27.16	8.79	30.82	8.61	27.62	8.65	30.23	8.80	2.28	-	-
7A. Sistematización	38.18	9.88	42.97	7.59	42.31	9.84	43.64	7.49	4.68***	.06	.89
7B. Innovación	26.38	9.51	27.22	7.82	29.44	8.05	27.20	7.60	1.23	-	-
8A. Retraimiento	24.75	8.79	24.95	9.78	17.98	7.34	19.05	9.01	8.97***	.11	.99
8B. Sociabilidad	31.62	11.15	34.87	10.42	40.18	7.60	39.14	9.56	8.99***	.11	.99
9A. Indecisión	21.39	11.26	21.22	11.08	13.16	10.00	15.00	10.61	7.85***	.10	.99
9B. Decisión	30.67	10.14	33.82	10.83	38.91	8.44	36.72	9.63	7.23***	.09	.98
10A. Discrepancia	25.16	9.21	23.70	8.72	20.96	9.57	20.69	7.75	3.50*	.05	.78
10B. Conformismo	38.77	9.25	44.32	9.11	42.87	9.12	45.34	6.48	7.04***	.09	.98
11A. Sumisión	19.41	8.45	18.95	8.36	15.11	7.32	16.52	6.75	3.51*	.05	.78
11B. Dominio	22.38	7.74	25.52	7.20	26.22	8.64	22.28	7.81	2.96*	.04	.60
12A. Descontento	30.00	7.88	31.57	9.45	26.67	10.37	26.34	8.04	4.00*	.05	.83
12B. Aquiescencia	33.16	9.69	34.15	7.00	30.22	10.13	34.95	7.53	2.79*	.04	.68

Notas: ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

η^2 : Tamaño del efecto; 1- β : Potencia estadística.

Escala 1B-Preservación: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las comparaciones de dos de los grupos. La diferencia entre el grupo de la estrategia de integración y el grupo de la estrategia de separación es de 6.47 puntos, siendo el segundo grupo el que puntúa más alto. En segundo lugar, también hay diferencias entre el grupo de la estrategia de asimilación y el grupo de la estrategia de separación, siendo esta diferencia de 7.50 puntos. Al igual que en la comparación anterior, el grupo de la estrategia de separación puntúa más alto.

Escala 2B-Adecuación: Las comparaciones post hoc indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración y el grupo de la estrategia de marginación, siendo esta diferencia de 6.51 puntos con puntuaciones más altas en el caso del grupo de la estrategia de marginación. Asimismo, las diferencias entre los grupos de la estrategia de asimilación y separación y asimilación y marginación son de 4.99 y 7.43, respectivamente. Los grupos de la estrategia separación y marginación puntúan más alto que el grupo de la estrategia de asimilación.

Escala 3B-Protección: La diferencia entre las medias del grupo de la estrategia de integración y el de la estrategia de marginación es estadísticamente significativa (4.89 puntos), con puntuaciones más altas en el caso del grupo de la estrategia de integración.

Escala 8A-Retraitamiento: La prueba de Bonferroni muestra que hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración y el grupo de la estrategia de separación (de 5.90 puntos) y entre el grupo de la estrategia de integración y el de la estrategia de marginación (de 5.71 puntos), obteniendo puntuaciones más altas los grupos de la estrategia separación y marginación. Asimismo, la estrategia de aculturación asimilación difiere significativamente de las estrategias separación (en 6.97 puntos) y marginación (en 6.78 puntos), siendo las puntuaciones de estas dos últimas estrategias más altas que las puntuaciones de la estrategia de asimilación.

Escala 9A-Indecisión: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración y el de las estrategias de separación (de 6.22 puntos) y marginación (de 6.39 puntos). Las puntuaciones obtenidas por el grupo de las estrategias de separación y marginación son más altas que las obtenidas por el grupo de integración. Además, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de las estrategias de asimilación y separación (de 8.07

puntos) y entre los grupos de las estrategias de asimilación y marginación (de 8.24 puntos). Los grupos de las estrategias de separación y marginación obtienen puntuaciones más elevadas que el grupo de la estrategia de asimilación.

Escala 9B-Decisión: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las comparaciones de dos de los grupos. La diferencia entre el grupo de integración y marginación es de 6.05 puntos, siendo la media del grupo de integración más alta. Asimismo, la diferencia entre el grupo de la estrategia de asimilación y marginación es de 8.24 puntos, con puntuaciones más altas en el caso del grupo de la estrategia de asimilación.

Escala 10A-Discrepancia: La diferencia entre las medias del grupo de la estrategia de integración y de la estrategia de marginación es estadísticamente significativa (4.47 puntos), con puntuaciones más altas en el caso del grupo de la estrategia de marginación.

Escala 11A-Sumisión: La puntuación media del grupo de la estrategia de marginación ($M = 19.41$, $D.T. = 8.45$) es significativamente más alta que la del grupo de la estrategia de asimilación ($M = 15.11$, $D.T. = 7.32$).

Escala 12A-Descontento: La prueba de Bonferroni muestra que hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración y el grupo de la estrategia de separación (de 5.24 puntos), siendo la puntuación media del segundo grupo más alta.

A continuación se describen los resultados del contraste de Games-Howell utilizado para las escalas en las que no se asumen varianzas iguales.

Escala 2A-Modificación: La prueba post hoc de Games-Howell muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración y el grupo de la estrategia de marginación (de 6.11 puntos) y entre el grupo de la estrategia de asimilación y el grupo de la estrategia de marginación (de 7.48 puntos). Tanto el grupo de la estrategia de integración como también el grupo de la estrategia de asimilación puntúan más alto.

Escala 4A-Extraversión: La puntuación media del grupo de la estrategia de integración ($M = 30.68$, $D.T. = 7.40$) es estadísticamente diferente a los grupos de la estrategia de separación ($M = 24.55$, $D.T. = 9.26$) y marginación ($M = 23.13$, $D.T. = 8.68$). Asimismo, las puntuaciones del grupo de asimilación ($M = 31.64$, $D.T. = 5.74$) son estadísticamente diferentes a los grupos de separación y marginación.

Escala 4B-Introversión: La prueba post hoc de Games-Howell revela que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración ($M = 10.12$, $D.T. = 6.08$) y el de la estrategia de separación ($M = 14.62$, $D.T. = 7.83$) y la del grupo de integración y la estrategia de marginación ($M = 13.72$, $D.T. = 6.87$). También existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de asimilación ($M = 8.64$, $D.T. = 5.36$) y el grupo de separación, por un lado, y el de asimilación y marginación, por otro lado.

Escala 7A-Sistematización: La puntuación media para el grupo de la estrategia de integración ($M = 43.64$, $D.T. = 7.49$) es significativamente diferente a la del grupo de la estrategia de marginación ($M = 38.18$, $D.T. = 9.88$). También hay diferencias estadísticamente significativas entre la estrategia de separación ($M = 42.97$, $D.T. = 7.59$) y la de marginación.

Escala 8B-Sociabilidad: La puntuación media del grupo de la estrategia de integración ($M = 39.14$, $D.T. = 9.56$) es estadísticamente diferente al grupo de la estrategia de marginación ($M = 31.62$, $D.T. = 11.15$). Asimismo, las puntuaciones del grupo de asimilación ($M = 40.18$, $D.T. = 7.60$) son estadísticamente diferentes a los del grupo de la estrategia de marginación.

Escala 10B-Conformismo: La prueba de Games-Howell muestra que hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración y el grupo de la estrategia de marginación (de 6.57), siendo la puntuación media del primer grupo más alta. Asimismo, también hay diferencias estadísticamente significativas entre la estrategia de separación y la de marginación (de 5.55 puntos), siendo las puntuaciones de la estrategia de separación más altas.

Escala 12B-Aquiescencia: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de la estrategia de integración ($M = 34.95$, $D.T. = 7.53$) y del grupo de la estrategia de asimilación ($M = 30.22$, $D.T. = 10.13$).

Hipótesis 5.6. *Examinar qué estilos de personalidad se relacionan con la escala de aculturación adaptarse a las normas del país de destino y cuáles se relacionan con la escala de aculturación mantener las normas del país receptor.*

a) Grupo total de migrantes rumanos/as

En la tabla 12.81 se muestran las correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad del MIPS y las dos escalas del VIA en el caso del grupo total de rumanos/as residentes en España.

En el área de Metas Motivacionales, se han encontrado correlaciones positivas entre la escala mantener las costumbres y los estilos 2A-Modificación ($r = .14, p < .05$) y 3B-Protección ($r = .23, p < .01$). En el caso de la escala adoptar las costumbres, se han encontrado correlaciones con cuatro de los seis estilos de personalidad. Adoptar las costumbres correlaciona positivamente con los estilos 1A-Expansión ($r = .36, p < .01$) y 2A-Modificación ($r = .32, p < .01$) y, negativamente, con los estilos 1B-Preservación ($r = -.32, p < .01$) y 2B-Adecuación ($r = -.32, p < .01$).

Tabla 12.81. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad del MIPS y las dos escalas del VIA en el caso del grupo total de rumanos/as

Estilos del MIPS	VIA mantener	VIA adoptar
1A. Expansión	.08	.36**
1B. Preservación	.00	-.32**
2A. Modificación	.14*	.32**
2B. Adecuación	-.09	-.32**
3A. Individualidad	-.13	-.04
3B. Protección	.23**	.12
4A. Extraversión	.16*	.47**
4B. Introversión	-.05	-.36**
5A. Sensación	.12	-.05
5B. Intuición	.02	.08
6A. Pensamiento	-.05	-.10
6B. Sentimiento	.21**	.05
7A. Sistematización	.16*	.13
7B. Innovación	.02	.18**
8A. Retraimiento	-.10	-.39**
8B. Sociabilidad	.15*	.32**
9A. Indecisión	-.02	-.37**
9B. Decisión	.04	.29**
10A. Discrepancia	-.06	-.19**
10B. Conformismo	.24**	.12
11A. Sumisión	-.00	-.26**
11B. Dominio	-.04	.07
12A. Descontento	-.02	-.23**
12B. Aquiescencia	.19**	-.09

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$

En el área de Modos Cognitivos, se han encontrado tres correlaciones positivas entre mantener las costumbres y los estilos 4A-Extraversión ($r = .16, p < .05$), 6B-Sentimiento ($r = .21, p < .01$) y 7A-Sistematización ($r = .16, p < .05$). Adoptar las

costumbres españolas guarda una relación positiva con los estilos 4A-Extraversión ($r = .47, p < .01$) y 7B-Innovación ($r = .18, p < .01$) y, negativa, con el estilo 4B-Introversión ($r = -.36, p < .01$).

En lo que se refiere al área de las Conductas Interpersonales, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la escala mantener las costumbres rumanas y los estilos 8B-Sociabilidad ($r = .15, p < .05$), 10B-Conformismo ($r = .24, p < .01$) y 12B-Aquiescencia ($r = .19, p < .01$). Por otro lado, la escala adoptar las costumbres españolas muestra una relación negativa con los estilos 8A-Retrainimiento ($r = -.39, p < .01$), 9A-Indecisión ($r = -.37, p < .01$), 10A-Discrepancia ($r = -.19, p < .01$), 11A-Sumisión ($r = -.26, p < .01$) y 12A-Descontento ($r = -.23, p < .01$) y, positiva, con los estilos 8B-Sociabilidad ($r = .32, p < .01$) y 9B-Decisión ($r = .29, p < .01$).

Los resultados de la regresión se muestran en la tabla 12.82. La escala mantener las costumbres queda explicada en un 7.8% por los estilos 10B-Conformismo y 6B-Sentimiento. En cuanto a la escala adoptar las costumbres españolas, el estilo 4A-Extraversión explica un 21.9% de su variabilidad total.

Tabla 12.82. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad y estrategias de aculturación en migrantes rumanos/as residentes en España

	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
VIA mantener				
Pasos				
1 10B. Conformismo	.236***	.051***	.056	12.63***
2 10B. Conformismo 6B. Sentimiento	.211*** .178**	.078**	.031	10.10***
VIA adoptar				
Pasos				
1 4A. Extraversión	.472***	.219***	.223	60.60***

Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.

b) Grupo de migrantes rumanas y rumanos

Las correlaciones entre las escalas del VIA y los estilos de personalidad diferenciadas por sexos se encuentran en la tabla 12.83. Como se observa en la tabla, el patrón de correlaciones para mujeres y hombres es bastante similar. En el área de Metas Motivacionales, mantener las costumbres rumanas, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, correlaciona de forma positiva con el estilo 3B-Protección. Adoptar las costumbres españolas tiene una relación lineal directa con los estilos 1A-Expansión y negativa con el estilo 1B-Preservación, tanto para las mujeres como para

los hombres. Sin embargo, en las mujeres se han encontrado otras dos correlaciones (con los estilos 2A-Modificación y 2B-Adecuación), no encontradas en el caso de los hombres.

Con respecto a los estilos que forman parte de los Modos Cognitivos, se han encontrado dos correlaciones directas entre mantener las costumbres rumanas y los estilos 6B-Sentimiento ($r = .16, p < .05$) y 7A-Sistematización ($r = .17, p < .05$). Para las mujeres se han encontrado relaciones lineales directas con 4A-Extraversión ($r = .34, p < .05$) y 6B-Sentimiento ($r = .30, p < .05$). Adoptar las costumbres españolas correlaciona de forma directa con los estilos 4A-Extraversión ($r = .48, p < .01$), 7A-Sistematización ($r = .18, p < .05$) y 7B-Innovación ($r = .19, p < .01$) y, negativa, con el estilo 4B-Introversión ($r = -.33, p < .01$). En el caso de los hombres, las correlaciones encontradas tienen el mismo patrón que en el caso de las mujeres. No obstante, los estilos 7A-Sistematización y 7B-Innovación no guardan relación con adoptar las costumbres españolas.

Tabla 12.83. Correlaciones de Pearson entre los estilos de personalidad del MIPS y las dos escalas del VIA en el caso de las mujeres migrantes y los hombres migrantes

Estilos del MIPS	VIA mantener Mujeres	VIA adoptar	VIA mantener Hombres	VIA adoptar
1A. Expansión	.06	.38**	.15	.36**
1B. Preservación	.02	-.34**	-.04	-.37**
2A. Modificación	.14	.39**	.15	.17
2B. Adecuación	-.09	-.34**	-.08	-.25
3A. Individualidad	-.14	-.00	-.10	-.06
3B. Protección	.21**	.07	.32*	.15
4A. Extraversión	.11	.48**	.30*	.44**
4B. Introversión	-.03	-.33**	-.13	-.44**
5A. Sensación	.14	-.06	.07	-.08
5B. Intuición	-.02	.09	.14	.05
6A. Pensamiento	.00	-.05	-.24	-.10
6B. Sentimiento	.16*	-.01	.34**	.10
7A. Sistematización	.17*	.18*	.13	-.02
7B. Innovación	-.02	.19*	.13	.17
8A. Retraimiento	-.06	-.41**	-.22	-.35**
8B. Sociabilidad	.13	.36**	.21	.26*
9A. Indecisión	.00	-.39**	-.08	-.39**
9B. Decisión	.02	.32**	.10	.30*
10A. Discrepancia	-.04	-.19*	-.11	-.16
10B. Conformismo	.18*	.12	.37**	.09
11A. Sumisión	-.00	-.24	-.00	-.33**
11B. Dominio	-.03	.09	-.08	.06
12A. Descontento	.00	-.20*	-.09	-.30*
12B. Aquiescencia	.16	-.15	.29*	-.04

Notas: * $p < .05$. ** $p < .01$

Tanto en el caso de las mujeres como en el caso de los hombres, mantener las costumbres de la cultura rumana correlaciona con el estilo 10B-Conformismo

perteneciente al área de Conductas Interpersonales. Además, en el caso de los hombres, mantener las costumbres de la cultura rumana también correlaciona con el estilo 12B-Aquiescencia. En cuanto a adoptar las costumbres españolas, tanto para los hombres como para las mujeres, se han encontrado correlaciones indirectas con los estilos 8A-Retrainamiento, 9A-Indecisión y 12A-Descontento. Mientras que en el caso de las mujeres se ha encontrado una relación lineal indirecta entre adoptar las costumbres españolas y el estilo 10A-Discrepancia, en el caso de los hombres, dicha relación se ha encontrado con el estilo 11A-Sumisión.

Para las mujeres residentes en España, el estilo 3B-Protección explica el 3.8% de la variabilidad de la escala mantener las costumbres rumanas. La escala adoptar las costumbres rumanas queda explicada en un 22.6% por el estilo 4A-Extraversión.

Tabla 12.84. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad y estrategias de aculturación Rumanas residentes en España				
	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
VIA mantener				
Pasos				
1 3B. Protección	.210**	.038**	.044	6.90**
VIA adoptar				
Pasos				
1 4A. Extraversión	.481***	.226***	.231	44.50***
Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.				

La escala mantener las costumbres queda explicada en un 19.3% por los estilos 10B-Conformismo y 6B-Sentimiento. El estilo 4B-Introversión explica un 18.2% de la escala adoptar las costumbres españolas (ver tabla 12.85).

Tabla 12.85. Regresión múltiple por pasos de los estilos de personalidad y estrategias de aculturación. Rumanos residentes en España				
	β	R^2 ajustado	ΔR^2	F modelo completo
VIA mantener				
Pasos				
1 10B. Conformismo	.372**	.125**	.138	10.12**
2 10B. Conformismo	.321**	.193*	.080	8.66***
6B. Sentimiento	.287*			
VIA adoptar				
Pasos				
1 4B. Introversión	-.442***	.182***	.196	14.84***
Notas: * $p < .05$; *** $p < .001$. Los valores estadísticamente significativos se destacan en negrita.				

13.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación se presentan la discusión y conclusiones correspondientes al Estudio I, Estudio II y Estudio III teniendo en cuenta los objetivos de cada estudio.

13.1. Estudio I. Traducción de los instrumentos

El objetivo de este primer estudio es analizar los índices psicométricos de los instrumentos de medida traducidos al rumano. De esta forma, se pretende analizar si estos instrumentos cumplen los requisitos para poder ser utilizados en los siguientes estudios. Los instrumentos de evaluación son los siguientes: los Cuestionario de Medida de la salud física (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001), el Cuestionario de Salud General GHQ-12 (Goldberg y Williams, 1988), el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Mahalik et al., 2003), el Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (Mahalik et al., 2005), el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1994, 2004) y el Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC (Broadhead et al., 1988).

El α de Cronbach del GHQ-12 encontrado en este estudio es igual a .65. Aunque es menor que el encontrado en la adaptación al español (Sánchez-López y Dresch, 2008) los valores entre .50 y .70 se consideran buenos (Guilford, 1965). El Duke-UNC tiene un coeficiente α de Cronbach igual que el encontrado por Broadhead et al. (1988), es decir, .90. En cuanto al Cuestionario de Medida de las Dolencias Físicas, el valor de α fue .79 igual que el encontrado en la población española (Sánchez-López, Cardenal-Hernández y Sánchez-Herrero, 2001).

La fiabilidad del Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Mahalik et al., 2003) es similar a la encontrada en la versión original y en la adaptación al español (Cuéllar-Flores y Sánchez-López, 2011). En la escala 6-Dominancia, el valor α de Cronbach es el más bajo al igual que en la versión española y estadounidense. De hecho, otros estudios han encontrado valores similares (Liu y Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2003; Mahalik y Rochlen, 2006; Tager y Good, 2005) por lo que se estudia la composición de esta escala. El Cuestionario de Conformidad

con las Normas de Género Femenino (Mahalik et al., 2005) tiene unos coeficientes de fiabilidad similares a los encontrados en la versión original y la adaptación al español.

En el caso del MIPS (Millon, 1994, 2004), el α de Cronbach promedio en este estudio es igual a .71. En la población estadounidense, este índice alcanza un valor de .78 (Millon, 1994, 2004). Al tratarse de una adaptación de la versión original, los datos encontrados son más bajos, pero similares a los encontrados en la adaptación a la población española (Sánchez et al., 2001) en la que el α de Cronbach promedio es .72. En otros estudios se encuentran valores iguales o parecidos: .71 en la adaptación argentina (Casullo y Castro-Solano, 2000) y .68 en la mexicana (Aparicio y Sánchez-López, 1998). En cuanto a la validez interna, se ha encontrado el mismo patrón de correlaciones que en el caso de la versión estadounidense.

Se confirma la hipótesis del primer estudio sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario de Medidas Físicas, GHQ-12, CFNI, CMNI, Duke-UNC y MIPS. Por lo tanto, se concluye que la fiabilidad es adecuada y se pueden utilizar los instrumentos con población rumana. Una vez verificado este objetivo, se procede al análisis de los objetivos propuestos en los Estudios II y III de esta investigación.

13.2. Estudio II. Análisis psicométrico de los instrumentos

El objetivo de este estudio consiste en analizar las propiedades psicométricas de los mismos instrumentos utilizados en el Estudio I y, además, analizar la estructura factorial de dichos instrumentos.

13.2.1. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)

A pesar de que el GHQ-12 ha sido traducido y adaptado a 38 idiomas, la presente investigación es la primera en estudiar la estructura factorial del GHQ-12 en una muestra de rumanos/as. En esta investigación se han empleado dos *software* diferentes: el SPSS y el FACTOR (descrito en el apartado 9.5. Análisis de datos, pág. 160-161). Se observa que dependiendo del *software* utilizado, los resultados difieren ya que si se utiliza el SPSS, la estructura factorial del instrumento es más ambigua que si se utiliza FACTOR. El programa SPSS, al emplear el análisis de máxima verosimilitud, encuentra una estructura de dos factores. Según Lloret-Segura et al. (2014), el análisis de máxima verosimilitud sobrefactoriza el número de factores. Empleando el programa

FACTOR, los resultados señalan que el GHQ-12 tiene una estructura unidimensional en el caso de la población rumana. Estos resultados siguen la línea de los resultados encontrados por Brabete (2014) ya que el análisis factorial confirmatorio demuestra que los datos en rumanos/as se ajustan mejor a un modelo unidimensional. Además, empleando el FACTOR, los resultados de consistencia interna son mejores que en el caso del SPSS.

Al igual que se puede observar en esta investigación, la diversidad de los resultados puede ser debida a las diferentes técnicas de extracción que se han aplicado, la heterogeneidad de los/as participantes, la influencia de la cultura y otros aspectos que tienen que ver con la metodología (Ayis, Paul y Ebrahim, 2010).

Por todo lo comentado anteriormente se concluye que el GHQ-12 se puede utilizar como medida de salud mental en población rumana.

13.2.2. Cuestionario de Apoyo Social autopercebido (Duke-UNC-11)

Al igual que en otros estudios (Ayala et al., 2012; Bellón et al., 1996; De la Revilla et al., 1991), este instrumento tiene altos índices de fiabilidad tanto cuando los análisis se llevan a cabo utilizando el SPSS como también en el caso de FACTOR. Los resultados del AFE demuestran que la estructura factorial en población rumana es unidimensional. Otras investigaciones han encontrado una estructura bifactorial del instrumento (Cuéllar-Flores y Dresch, 2012; Rivas-Diez, 2014), pero estos resultados replican los resultados encontrados por Piña y Rivera (2007). Para concluir, estos resultados permiten confirmar que este instrumento es adecuado para utilizarlo con población rumana a la hora de medir el apoyo social autopercebido.

13.2.3. Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)

Los análisis de fiabilidad indican que los valores del coeficiente α de Cronbach son aceptables en la mayoría de las subescalas y en la escala total, por lo que se puede afirmar que el instrumento es internamente consistente. Las correlaciones entre las subescalas en el grupo de rumanas confirman el modelo propuesto por el autor en cuanto a la relativa independencia entre las normas de género evaluadas (Mahalik et al., 2003). Las correlaciones significativas entre todas las subescalas con respecto a la

puntuación total del CFNI confirman también la concepción de los/as autores acerca de que la feminidad es un constructo multidimensional.

El análisis factorial exploratorio del CFNI revela un perfil similar al obtenido en la versión original estadounidense, aunque con variaciones. Los ocho factores propuestos por Mahalik et al. (2005) tienen un orden diferente que en la versión original. Si se observan los resultados del AFE de los factores 2, 4, 5, 6 y 8, los ítems coinciden, en su mayoría, con los ítems de las subescalas elaboradas (Delgadez, Cuidadora de niños/as, Doméstica, Agradable en las relaciones e Invertir en la imagen). En cambio, el factor 1 está formado, por ítems que pertenecen, en su mayoría, a las subescalas Fidelidad sexual y Romántica en las relaciones. Por lo tanto, estos resultados apuntan a que, por lo menos, en el grupo de mujeres rumanas, los ítems de ambas normas pueden configurarse en una única norma.

El concepto de feminidad es un concepto complejo que depende de una serie de factores como por ejemplo, la construcción sociocultural (Kimmel, 2000), el origen étnico (Vásquez, 2003; Wyche, 2001) y varía a lo largo de la vida de una persona (Sheehy, 1976) y a lo largo de la historia (Kimmel, 2000). Por lo tanto, en una sociedad que considera a las mujeres inferiores y utiliza las feminidades para el mismo propósito, desempoderándolas, la evaluación de la conformidad con las normas de género femeninas es necesaria para el trabajo con ellas (Parent y Moradi, 2010). Desde una perspectiva feminista, se puede observar que las feminidades y masculinidades no son consideradas en el mismo plano ya que el poder se construye de forma jerárquica y, mujeres y hombres no tienen el mismo acceso a él. La configuración de los factores apunta a que las normas de género en otras culturas se pueden agrupar de forma diferente (Gibbons, Hamby y Dennis, 1997).

En conclusión, los resultados del análisis factorial y la fiabilidad de este instrumento indican que es adecuado para utilizarlo en la población rumana.

13.2.4. Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas CMNI

Tal como se ha podido observar en el apartado 10.4.2. Análisis factorial exploratorio de los ítems, págs. 173-174), el AFE revela una estructura factorial similar a la encontrada en el grupo estadounidense, aunque con algunas variaciones. Los factores 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 11 están compuestos por la mayoría de los ítems de las subescalas Control emocional,

Violencia, Desprecio hacia la homosexualidad, Primacía hacia el trabajo, Donjuanismo, Ganar y Poder sobre las mujeres. Sin embargo los factores 1, 2, 9 y 10 están formados por ítems correspondientes a varias subescalas cada uno. Esta distribución sugiere que las normas de género masculinas difieren dependiendo de los aspectos culturales ya que algunas normas están más relacionadas que en el grupo estadounidense. Esta idea guarda relación con la teoría ya que se considera que el género difiere en función de los aspectos socioculturales, por eso es importante tener en cuenta este aspecto puesto que, en cada cultura, cada norma de género puede tener un peso diferente. Por ejemplo, en el caso de la norma Dominancia, se puede ver que esta norma es difusa tal como sugieren los resultados encontrados por Mahalik et al. (2003). En el caso de los hombres rumanos, los ítems de esta subescala son difusos y las cargas factoriales están en diferentes subescalas.

El índice de fiabilidad de Cronbach de esta escala es el más pequeño, pero esto sucede no solamente en este estudio ya que índices de consistencia entre .50 y .60 se han encontrado también en otros estudios (Liu y Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2003, Mahalik y Rochlen, 2006; Tager y Good, 2005). Smiler (2006) ha encontrado un valor mayor que .70, pero no lo especifica.

Por lo tanto, se concluye que los análisis psicométricos de este instrumento demuestran que el CMNI se puede utilizar como medida de género en los hombres rumanos.

13.2.5. Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)

En el caso del MIPS (Millon, 1994, 2004), los datos no han podido ser sometidos al AFE debido a la superposición de los ítems. Sin embargo, el promedio del α de Cronbach es .76, superior que en el Estudio I. Este dato es superior al encontrado en la adaptación española (.72) (Sánchez et al., 2001). En cuanto a la validez interna, al igual que en el Estudio I, se ha encontrado el mismo patrón de correlaciones que en la versión original del MIPS. Es decir, correlaciones positivas elevadas entre constructos teóricamente relacionados, correlaciones negativas entre constructos discordantes y correlaciones muy próximas o iguales a cero entre constructos teóricamente no relacionados. Por todo lo anterior, se puede concluir que los índices psicométricos encontrados demuestran que el MIPS se puede utilizar como medida de personalidad en la población rumana.

Se confirma la hipótesis sobre la validez estructural y los índices psicométricos de los instrumentos empleados en su versión rumana por lo que se puede concluir que los instrumentos utilizados se pueden emplear con población rumana.

13.3. Estudio III. Salud, género, personalidad y aculturación en rumanas/os residentes en Rumania y migrantes rumanos/as residentes en España

A continuación se presentan la discusión y conclusiones en función de los objetivos establecidos en este estudio.

13.3.1. Objetivo 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida en las/os participantes migrantes

Previamente al análisis de los resultados de las hipótesis planteadas, se han calculado los coeficientes de alfa de Cronbach para cada uno de los instrumentos empleados. En el caso del Cuestionario de Dolencias Físicas, el valor es más alto que en el caso del Estudio I. El α del GHQ-12 es igual a .68 para el grupo total de participantes. Este valor es ligeramente superior que en los Estudio I y Estudio II. El α de Cronbach para el instrumento de apoyo social autopercebido, el Duke-UNC-11, es igual a .90 para el grupo total de participantes. Este valor es igual al encontrado en los estudios anteriores. Por otro lado, el α del instrumento que mide el estrés aculturativo es igual a .91. Los valores α de Cronbach del CFNI y CMNI son ligeramente superiores que en los dos estudios anteriores. Por último, el valor promedio del α de Cronbach para el MIPS es ligeramente superior que en el Estudio I, pero ligeramente inferior que en el Estudio II.

Se puede concluir que los índices de fiabilidad obtenidos son adecuados, por lo que se puede proceder a los siguientes análisis de los Objetivos 2, 3, 4 y 5.

13.3.2. Objetivo 2. Estrategias de aculturación

El segundo objetivo del Estudio III consiste en describir las estrategias de aculturación elegidas por el grupo de rumanos/as y analizar si existen diferencias entre las mujeres y los hombres. Asimismo, se exploran las posibles relaciones entre las dos escalas del Índice Vancouver de Aculturación, Mantener las costumbres del país de origen y Adoptar las costumbres del país receptor y el CFNI/CMNI en migrantes rumanas/os.

También se estudian las diferencias en el mantenimiento de las costumbres rumanas y la adopción de las costumbres españolas en las/os migrantes que llevan residiendo menos de 10 años y las/os migrantes que llevan más de 10 años en nuestro país.

En la primera hipótesis de este objetivo (2.1) se plantea *si las mujeres eligen más que los hombres las estrategias de aculturación de integración y asimilación*. En primer lugar, según los análisis realizados, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en la escala Mantener las costumbres del país de origen, pero sí, en la escala Adoptar las costumbres del país receptor. Esto indica que las mujeres rumanas tienden a adoptar las costumbres españolas en mayor medida que los hombres.

En algunas investigaciones se han encontrado diferencias entre los hombres y las mujeres en cuanto al mantenimiento de las costumbres de sus países de origen, siendo las mujeres las que más mantienen su herencia cultural (Harris y Verven, 1996; Liebkind, 1996). Sin embargo, estos resultados indican que las mujeres tienden a adoptar más las costumbres del país receptor que los hombres (Ouarasse y van de Vijver, 2005).

En el caso de las cuatro estrategias de aculturación, las mujeres prefieren más que los hombres la estrategia de aculturación Asimilación, pero no sucede lo mismo en el caso de la estrategia de aculturación Integración, por lo que esta hipótesis se confirma parcialmente. Los hombres tienden más que las mujeres a estar interesados tanto en mantener las costumbres de Rumania como también mantener las relaciones culturales y participar en la sociedad receptora (Integración), pero también hay un mayor porcentaje de hombres que prefieren la Separación y la Marginación. En general, un mayor porcentaje de migrantes prefieren la estrategia Integración (Berry et al., 2006; Gruia, 2015; Ilie, 2013). Pantiru y Barley (2013) encuentran que hay más migrantes rumanas residentes en Gran Bretaña que eligen la estrategia Integración mientras que los migrantes rumanos residentes en Gran Bretaña se decantan más por las estrategias Separación y Marginación.

Para analizar si *la socialización de género está relacionada con las estrategias de aculturación*, se plantea la segunda hipótesis de este objetivo (2.2). En este caso se pretendía estudiar la relación entre la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas y el mantener las costumbres rumanas y adoptar las costumbres españolas. Las mujeres que están interesadas en mantener las costumbres de Rumania son más conformes con las normas tradicionales de género según las que las mujeres

tienen que cuidar niños/as, perseguir el ideal del cuerpo delgado y cuidar las relaciones amorosas. Asimismo, estas mujeres también tienden a puntuar más alto en la puntuación total del CFNI. Por el contrario, estar interesada en adoptar las costumbres españolas se relaciona negativamente con la escala 4-Fidelidad sexual. Es decir, las mujeres que más adoptan las costumbres españolas tienden a estar menos conformes con la norma según la cual se tienen que tener relaciones sexuales dentro de una relación de compromiso. En el caso de los hombres, los que puntúan alto en mantener las costumbres rumanas, puntúan más bajo en la escala 4-Violencia, es decir, se muestran menos conformes con la norma según la cual los hombres tienen que tener actitudes duras y violentas.

Para explicar por qué las mujeres tienden a adoptar las costumbres del país receptor más que los hombres, se han planteado diferentes explicaciones. En primer lugar, se considera que es más fácil para las mujeres ser aceptadas por la sociedad receptora que para los hombres (Yu y Wang, 2011). Además, habría más beneficios para las mujeres que para los hombres a la hora de adoptar las costumbres del país receptor (Aparicio et al., 2012; Morokvasic, 2007; Ouarasse y van de Vijver, 2005). Sin embargo, no siempre hay beneficios relacionados con las normas de género para que las mujeres adopten las costumbres del país receptor. Por ejemplo, las mujeres norteamericanas residentes en Taiwán tienden menos que los hombres a adaptarse a las normas y costumbres de este país (Swagler y Jome, 2005). La razón reside en que las mujeres norteamericanas tienen que aceptar que como mujeres tienen un estatus inferior que los hombres (Swagler y Jome, 2005). Por lo tanto, al adoptar las normas y costumbres de un cierto país, se tiene que tener en cuenta cómo afectan la identidad del individuo (Anderson, 1994). Las actividades que realizan las migrantes rumanas y los migrantes rumanos son diferentes (ver Capítulo 2, págs. 14-49). Los hombres se suelen dedicar a las construcciones y en un primer momento trabajan con otros hombres rumanos mientras que las mujeres rumanas suelen trabajar en el servicio doméstico, empezando en la modalidad interna. Es decir, las mujeres, al llegar a España empiezan a tener más contacto con la sociedad española. Por lo tanto, el contacto con la población autóctona proporciona las oportunidades para el aprendizaje y la adopción de las normas y las costumbres culturales (Searle y Ward, 1990; Ward y Kennedy, 1992).

Por último, en la hipótesis 2.3 se plantea *la relación que existe entre las escalas Mantener las costumbres del país de origen y Adoptar las costumbres del país receptor y el tiempo*. Los/as rumanos/as no pierden interés en mantener las costumbres del país de origen, pero, al igual que en otras investigaciones (Miglietta y Tartaglia, 2009), con

el paso del tiempo, las/os migrantes rumanas/os residentes en España están familiarizándose con las costumbres españolas, adoptándolas. Adoptar las costumbres españolas puede tener ventajas. Por ejemplo, Zlobina et al. (2006) encuentran que los/as migrantes que tienen relaciones cercanas con los/as españoles/as perciben menos dificultades a la hora de adaptarse a la sociedad española.

13.3.3. Objetivo 3. Salud

Este tercer objetivo se refiere a las consecuencias en salud de las/os migrantes rumanas/os residentes en España así como también a las diferencias en los indicadores de salud entre mujeres (migrantes y no migrantes) y hombres (migrantes y no migrantes). También se analizan los indicadores de salud en función de las cuatro estrategias de aculturación, así como las relaciones entre la salud mental y el estrés aculturativo y el estrés aculturativo y el apoyo social, respectivamente.

En cuanto a la primera hipótesis sobre *las diferencias en los indicadores de salud del grupo de migrantes rumanos/as y el grupo de rumanos/as residentes en Rumania* (3.1), los resultados señalan que los/as migrantes rumanos/as tienen peor salud autopercebida que los/as rumanos/as residentes en Rumania. Además, tienen más presencia de dolores así como también un mayor número de visitas al médico por problemas propios y acompañando a otra persona. También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción laboral, siendo los/as rumanos/as los/as que obtienen puntuaciones más elevadas. Al desagregar los resultados por sexos, estas diferencias se repiten en el caso de las mujeres en las variables presencia de dolores, número de visitas al médico por problemas propios y número de visitas al médico acompañando a otra persona. Aunque tanto las mujeres como los hombres migrantes puntúan más bajo que las/os rumanas/os residentes en Rumania en satisfacción laboral, estas diferencias son estadísticamente significativas solo en el caso de los hombres.

La esperanza de vida de la población rumana ha ido creciendo durante los últimos 30 años, pero sigue siendo una de las más bajas de los países europeos. En 2013, la esperanza de vida es de 75.2 años (71.6 para los hombres y 78.7 para las mujeres) (EUROSTAT, 2015). Sin embargo, al evaluar su salud física, la media de las/os rumanas/os se sitúa en 3.2 sobre 5 (Mărginean et al., 2010). El 46% considera que su salud es buena o muy buena, 28% la considera satisfactoriamente y un 26% la

consideran mala y muy mala. También se observa que las mujeres valoran peor que los hombres su salud. El 30% de las mujeres consideran que su salud es mala y muy mala mientras que el 21% de los hombres hacen la misma valoración. Teniendo en cuenta que, tanto en el caso de las/os rumanas/os residentes en Rumania como también en el caso de los/as migrantes, la media en la variable salud autopercebida se encuentra en 7, en este estudio no se repiten esos resultados.

Según los resultados de la Encuesta europea de calidad de vida de 2007 de 31 países (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009), Rumania ocupa uno de los últimos lugares en cuanto a salud mental, puntuando por debajo, la población de Malta y Turquía. En este estudio, los/as rumanos/as (migrantes y no migrantes) no alcanzan el punto de corte del GHQ-12, por lo tanto, como grupo, tienen buena salud mental. Al utilizar el punto de corte del GHQ-12 (16 puntos), en el caso de los/as participantes rumanos/as residentes en Rumania, el 12.6% tiene mala salud mental mientras que en el caso de los/as migrantes, este porcentaje alcanza un 15%.

Referente a las consultas al médico, el número de visitas por habitante en Rumania, en el año 2013, se sitúa en 4.8 visitas mientras que en España el número de visitas en 2011 se sitúa en 7.36 visitas (EUROSTAT, 2015). El 43% de las/os rumanas/os suelen ir al médico para controles rutinarios, pero en general, las/os rumanas/os visitan las consultas del médico si hay signos de enfermedad (Mărginean et al., 2010).

Los estudios realizados en nuestro país demuestran que las/os migrantes tienen mejor salud física y consumen menos fármacos, alcohol y tabaco que la población autóctona española (Carrasco-Garrido et al., 2007; Casado et al., 2009; García, 2007; Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2009; Rue et al., 2008). En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, los resultados coinciden en una menor utilización de estos por parte de la población migrante (Cots et al., 2002; Cots et al., 2007). Los datos analizados en este estudio demuestran que las/os migrantes rumanos/as tienen una peor salud autopercebida, más presencia de dolores, más visitas al médico que las/os rumanas/os residentes en Rumania. Sin embargo, consumen menos alcohol y tabaco. En el caso de las mujeres migrantes, el consumo de psicofármacos es mayor que en las mujeres no migrantes.

A pesar de que los datos sobre salud mental coinciden en señalar que la población migrante tiene una peor salud mental que la población autóctona (Collazos et

al., 2014; García, 2007), en esta investigación no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la salud mental medida a través del GHQ-12.

Con respecto a la satisfacción, el 82% de la población rumana se declara satisfecha y muy satisfecha con la familia (Mărginean et al., 2010). A nivel europeo, los/as rumanos/as puntúan 6.5 en satisfacción con la vida y se encuentran entre los/as europeos/as que peor valoran el estado de satisfacción con la vida (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009). Los datos encontrados en este estudio demuestran que tanto en el caso del grupo de migrantes y no migrantes, las personas se declaran satisfechas con sus familias. Sin embargo, en la variable satisfacción laboral, las personas migrantes puntúan por debajo de la puntuación de las personas no migrantes. Al desagregar los datos por sexos, las diferencias se mantienen en el caso de los hombres, pero no así en el caso de las mujeres. Es decir, las mujeres migrantes no están menos satisfechas que las mujeres no migrantes en cuanto al tema laboral. Este dato llama la atención porque las mujeres migrantes de Europa del Este tienen más contratos precarios que los hombres, aunque tanto en el caso de las mujeres como en el caso de los hombres, el porcentaje ha disminuido con respecto al año 2006 (Ronda, 2014). A pesar de que las estadísticas señalan que, en el actual contexto de la crisis económica, los hombres han perdido más que las mujeres sus trabajos, si la situación se analiza desde la perspectiva de género, los resultados son diferentes. Las mujeres mantienen su situación precaria anterior a la crisis y están más representadas en trabajos no cualificados, como por ejemplo, el servicio doméstico (Domínguez-Mujica, Guerra-Talavera y Parreño-Castellano, 2012). Además, las mujeres cobran un 76.1% de lo que cobran los hombres y esta diferencia aumenta en el caso de las mujeres migrantes Encuesta Anual de Estructura Salarial del año 2012 (INE, 2014).

Teniendo en cuenta que la salud de las personas se ve afectada por variables como la edad (Adler et al., 1994; Courtenay, 2000a; Pappas et al., 1993; Sánchez-López, 2014), las diferencias encontradas en salud en este estudio se pueden deber a esta variable. La edad es una de las variables sociodemográficas que difiere entre el grupo de participantes migrantes y el grupo de participantes no migrantes, siendo el grupo de personas no migrantes más joven. Asimismo, entre las/os migrantes hay más proporción de personas protestantes y esta puede ser la causa por la que se encuentran diferencias en el consumo de tabaco y alcohol entre el grupo de migrantes y el grupo de no migrantes. Los resultados del *Adventist Health Study* (Key et al., 1998; Singh, 2001)

indican que las personas adventistas viven más y con mejor salud debido, probablemente, a unos mejores hábitos de vida (por ejemplo, mejores hábitos alimenticios, bajo o nulo consumo de tabaco y alcohol).

La hipótesis 3.2 se plantea para *analizar las diferencias en salud física y mental entre mujeres y hombres (migrantes y no migrantes)*. Tal como se esperaba, se encuentran diferencias estadísticamente significativas tanto en el caso de las/os migrantes como también en el caso de los/as no migrantes. Por lo tanto esta hipótesis se confirma.

Se considera que las diferencias en salud entre mujeres y hombres se deben a razones biológicas, comportamentales o sociales (Brabete et al., 2013; Oksuzyan et al., 2010; Sánchez-López, 2014). Es complejo y prácticamente imposible estudiar todas las posibles interacciones que puedan intervenir en la salud de las personas. Entre las razones biológicas se encuentran las diferencias hormonales entre mujeres y hombres (McEwen y Alves, 1999; Waldron, 1995), el sistema inmune (Crimmins y Finch, 2006) y genéticas (Austad, 2006; Morris y Harrison, 2009). Sin embargo, las mujeres se involucran más que los hombres en comportamientos saludables y también tienen estilos de vida más saludables (Kandrack, Grant y Segall, 1991; Waldron, 1997). Los hombres tienen estilos de vida menos saludables (OMS, 2000) y tienden a involucrarse más en comportamientos de salud de riesgo como por ejemplo consumo de tabaco y alcohol, consumo de sustancias, forma de conducción que implica más riesgos, hábitos de alimentación menos sanos lo que les lleva a desarrollar diferentes problemas de salud (Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun, Jonwutiwes y Bellisie, 2004).

En esta investigación, las mujeres valoran su salud peor que los hombres y presentan más dolores asimismo como un mayor número de visitas al médico. Estos resultados corroboran los resultados encontrados en la mayoría de los estudios que analizan las diferencias en salud entre mujeres y hombres. Con respecto a la salud física, las mujeres tienen peor salud autopercebida que los hombres (Borrell y Benach, 2006; INE, 2009; Malmusi y Gotsens, 2014; Singh-Manoux, Guéguen, Martikainen, Ferrie, Marmot y Shipley, 2007; Sánchez-López, Cuellar-Flores y Dresch, 2012; Sánchez-López, Aparicio y Dresch, 2006). Asimismo, refieren un mayor número de patologías o problemas de salud (European Union, 2011; ENS, 2012; INE, 2009).

El consumo de fármacos es más alto en el caso de las mujeres que en el caso de los hombres (Ballesta y Gotsens, 2014; Saavedra-San Román, 2013). En el caso del consumo de tabaco, las mujeres fuman menos que los hombres (Bosdriesz et al., 2014),

aunque se ha visto que las mujeres más jóvenes fuman más o igual que los hombres (ENS, 2012; European Union, 2011; INE, 2009; Negoescu, 2001). Los mismos resultados se encuentran en el caso del consumo de alcohol (ENS 2012; European Union, 2011). En esta investigación, hay un menor porcentaje de mujeres que consumen alcohol y tabaco. Los datos sobre el consumo de alcohol se replican en el caso de la población migrante, pero no así en cuanto al consumo de tabaco. Por último, las mujeres consumen más fármacos y psicofármacos que los hombres.

Los resultados sobre las diferencias en salud mental no se replican a pesar de que en la literatura científica, los resultados señalan que son las mujeres las que tienen una peor salud mental (Collazos et al., 2014; European Union, 2011; OMS, 2002; Sánchez-López, López-García, Dresch y Corbalán, 2008). Las mujeres puntúan más alto en el GHQ-12 que los hombres, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. Aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas, los datos sobre el consumo de psicofármacos parecen reforzar que las mujeres tienen una peor salud mental en comparación con los hombres ya que ellas consumen más psicofármacos que ellos. Desde la perspectiva de género, la medicalización de la salud de las mujeres ha sido criticada ya que a las mujeres se les recetan más psicofármacos que a los hombres y, además, las cifras de mujeres que reciben psicofármacos no se corresponden con los datos de prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad en mujeres y hombres (Valls, 2014). No se han encontrado diferencias en cuanto al tiempo de sueño tal como se informa en otros estudios (Actis, Pereda y de Prada, 2004; ENS, 2012; Ling-Ling y Sheng-Ping, 2004). Tampoco se han encontrado diferencias en los tres ítems de satisfacción (familiar, laboral y global).

En la hipótesis 3.3 se verifican *las relaciones entre los indicadores de salud y las escalas de aculturación Mantener las costumbres rumanas y Adoptar las costumbres españolas*, se confirma con respecto al estrés aculturativo, la satisfacción familiar y la satisfacción global. Los/as migrantes que obtienen puntuaciones más altas en cuanto al mantenimiento de las costumbres rumanas, son los/as que tienen más estrés aculturativo. Sin embargo, mantener las costumbres rumanas aumenta la satisfacción con la familia mientras que adoptar las costumbres españolas aumenta la satisfacción global. En el estudio de Neto (2001) sobre la satisfacción vital de adolescentes de diferentes orígenes se encuentra una relación positiva entre la identidad nacional (la portuguesa) y la satisfacción, pero no así entre la identidad étnica y la satisfacción.

Aunque se considera que las diferentes estrategias de aculturación tienen repercusiones sobre la salud de las/os migrantes (Sam, 2006c), en este estudio, no se han encontrado *diferencias* estadísticamente significativas *entre las cuatro estrategias de aculturación en las variables de salud analizadas* (hipótesis 3.4). En otros contextos, las estrategias de integración y asimilación son las que obtienen mejores indicadores en el bienestar psicológico (Basabe et al., 2004). Las personas que eligen una estrategia de Integración tienen una mejor salud debido al bajo nivel de estrés aculturativo y a un mayor apoyo social brindado por las personas de sus países de origen así como las del país receptor (Berry y Kim, 1988). Sin embargo, también existen numerosas investigaciones empíricas que no han encontrado relaciones estadísticamente significativas en función de las estrategias de aculturación (Birman y Tran, 2008; Jang y Chiriboga, 2010; Juang y Cookston, 2009).

La hipótesis 3.5 *sobre las diferencias en los indicadores de salud en función del tiempo de residencia* no se confirma. Según el *efecto del inmigrante sano*, la salud de las/os migrantes es mejor que la de la población autóctona, pero al cabo de 10 años de residencia, esta empieza a empeorar. Los resultados de esta investigación no apoyan dichos resultados. De hecho, en relación al estrés aculturativo, las personas que llevan más de 10 años residiendo en España puntúan más bajo. Durante la adaptación al nuevo país receptor, los/as migrantes pasan por diferentes fases. En un primer momento, el nivel de estrés aculturativo es muy alto y posteriormente, este nivel disminuye como consecuencia de su adaptación a la vida del país receptor (Takeuchi, Alegria, Jackson y Williams, 2007; Ward, Okura, Kennedy y Kojima, 1998).

La última hipótesis de este objetivo (3.6) verifica las posibles *relaciones entre el estrés aculturativo y la salud mental y entre el estrés aculturativo y el apoyo social autopercebido*.

El estrés aculturativo se relaciona con aquellos estresores de naturaleza física, biológica, política, económica y cultural que tienen lugar durante el proceso migratorio. Se sabe que el nivel de estrés aculturativo depende de cada individuo (Berry et al., 1987), pero la aculturación tiene un papel fundamental. Aquellos/as migrantes que procuran mantener sus costumbres, tienden a presentar mayores niveles de estrés aculturativo. Otras investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre el estrés aculturativo y la ansiedad (Yoon et al., 2013). La ansiedad puede ser causada por factores externos o percepciones externas como por ejemplo la preocupación acerca de cómo es visto/a y aceptado/a por otros, miedo a ser rechazado/a o sentimientos de

inseguridad (APA, 1994). Por eso, las personas que mantienen sus costumbres se pueden sentir ansiosas al interactuar con otras personas fuera de su círculo de personas del país de origen porque pueden no tener las habilidades lingüísticas a la hora de interactuar con las personas autóctonas.

Hovey (2000) y Hovey y King (1996, 1997) amplian el modelo de Berry analizando las consecuencias de los elevados niveles de estrés aculturativo. Según este modelo, los individuos que experimentan altos niveles de estrés de aculturación están en riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. Estos autores encuentran que las personas con unas expectativas positivas de futuro y niveles relativamente altos de apoyo social pueden experimentar menos depresión que aquellas personas con expectativas negativas y con menos apoyo. De esta forma, al explorar el estrés de aculturación y la salud mental, varios estudios (Hovey, 2000; Hovey y King, 1996; Hovey y Magaña, 2000) han encontrado que el estrés de aculturación está relacionado directa y positivamente con la depresión y la ideación suicida. Por lo tanto, aquellos/as inmigrantes que tienen un elevado estrés aculturativo pueden estar en riesgo de sufrir niveles críticos de malestar psicológico mientras que otras variables como el apoyo social, las expectativas positivas pueden protegerles del malestar que tiene lugar durante el proceso migratorio. Pero también existen estudios (por ejemplo, Salgado, Castañeda, Talavera y Lindsay, 2012) que no encuentran relación entre el estrés aculturativo y la salud mental.

13.3.4. Objetivo 4. Género

Este objetivo se centra en la comparación de la conformidad con las normas de género femeninas/masculinas entre las/os mujeres/hombres rumanas/os (migrantes y no migrantes) y las/os mujeres/hombres españolas/es. Además, se analizan las relaciones entre las normas de género y la salud. A continuación se comentan la discusión y conclusiones obtenidas a partir de las hipótesis establecidas.

Se confirma la primera hipótesis (4.1.) *sobre las diferencias en la conformidad con las normas de género entre mujeres migrantes y mujeres no migrantes y mujeres rumanas (migrantes y no migrantes) y mujeres españolas*. La segunda parte de la hipótesis no se confirma ya que son las mujeres migrantes las que puntúan más en la conformidad con las normas de género en comparación con las mujeres no migrantes.

En primer lugar, en cuanto a la comparación entre las mujeres rumanas residentes en Rumania y las mujeres españolas, el grupo de mujeres rumanas residentes

en Rumania obtienen puntuaciones más altas en las escalas 2-Cuidadora de niños/as, 3-Delgadez, 4-Fidelidad sexual, 6-Romántica en las relaciones, 7-Doméstica, 8-Invertir en la imagen así como también en la puntuación total de la conformidad con las normas de género femeninas. Estos resultados sugieren que las mujeres rumanas son más conformes con el cuidado de niños/as, la búsqueda del ideal de cuerpo delgado, la fidelidad sexual, el cuidado de las relaciones amorosas y el cuidado y la limpieza del hogar. Asimismo, muestran más conformidad con la norma de género según la cual las mujeres tienen que cuidar su apariencia física. Por el contrario, las mujeres españolas muestran mayor tendencia a ser agradables en sus relaciones con los/as demás y evitan llamar la atención sobre sí mismas. Las diferencias más pronunciadas se dan en las escalas 4-Fidelidad sexual y 6-Romántica en las relaciones ya que los tamaños de efecto de las diferencias encontradas son grandes.

En cuanto a las diferencias entre las mujeres migrantes rumanas y las mujeres españolas, las mujeres migrantes rumanas se muestran más conformes con el cuidado de los/as niños/as, perseguir el ideal de cuerpo delgado, ser fiel en una relación de pareja, ser romántica en la relación, el cuidado de la casa y la limpieza y la conformidad con las normas de género femeninas (puntuación total). Las mujeres españolas puntúan más alto en ser agradable en las relaciones. Los tamaños de efecto oscilan entre pequeños y grandes, siendo las diferencias más destacadas en 4-Fidelidad sexual y 6-Romántica en las relaciones.

En esta investigación, la mayor conformidad con las normas de género femeninas de las mujeres rumanas (migrantes y no migrantes) se entiende si se tiene en cuenta que, según el índice de Igualdad de Género de los países de la UE (Instituto Europeo de Igualdad de Género, 2013), Rumania obtiene una puntuación igual a 35.3, situándose lejos de la media europea (54 puntos), mientras que la puntuación de España es igual a dicha media. La falta de una perspectiva de género y un movimiento feminista creado desde el interior de la sociedad rumana teniendo en cuenta las características propias del país y de la sociedad rumana (Miroiu, 2004) han contribuido a que la mentalidad y las normas de género femeninas/masculinas no sean cuestionadas. De esta forma, tal como recoge el Barómetro de género rumano (Gallup Organization Romania, 2000), las tareas domésticas y el cuidado de los/as niños/as son consideradas tareas específicamente femeninas. Además, las normas de género femeninas rumanas promueven la imagen de la mujer subordinada y sumisa, sin preocupaciones personales, que demuestra mucha devoción y afección hacia su marido y familia (Kligman, 1991).

Los resultados de las comparaciones entre el grupo de mujeres rumanas residentes en Rumania y el grupo de migrantes rumanas residentes en España muestran que las migrantes rumanas son más conformes con las normas de género femeninas en general (la puntuación total) y también puntúan más alto en las escalas 4-Fidelidad sexual, 5-Modestia y 7-Doméstica. Las mujeres rumanas residentes en Rumania se muestran más conformes con la escala 8-Invertir en la imagen. Aunque existen diferencias en las escalas anteriormente mencionadas, el tamaño del efecto es pequeño. Según la hipótesis planteada, se esperaban encontrar diferencias estadísticamente significativas, obteniendo las mujeres migrantes puntuaciones más bajas en las escalas de conformidad con las normas de género. La hipótesis se confirma ya que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres migrantes y las mujeres no migrantes, pero las mujeres migrantes son más conformes que las mujeres rumanas residentes en Rumania. Estos resultados replican los encontrados por Baluja (2002) en un estudio realizado con migrantes de Bangladesh residentes en EEUU. En este caso, tanto mujeres como hombres son más tradicionales en cuanto a las actitudes de género que las personas que no han migrado.

Morokvasic (2007) plantea que, al analizar los roles de género de las mujeres, la migración puede tener dos resultados posibles: cambios en las mujeres y transformación hacia roles más equitativos o, por el contrario, el reforzamiento del sistema de dominación patriarcal. Los análisis empleados en esta investigación no permiten examinar los efectos de la migración sobre las propias migrantes ya que se trata de un estudio transversal. Sin embargo, las mujeres migrantes tienen una mayor conformidad con las normas de género femeninas que las mujeres rumanas residentes en Rumania. El tamaño del efecto de las diferencias en la conformidad con las normas de género femeninas entre las mujeres rumanas residentes en Rumania y las mujeres migrantes es 0.27, entre las mujeres residentes en Rumania y las mujeres españolas es igual a 0.57 y, por último, entre las mujeres migrantes y las mujeres españolas es 0.85. En los tres casos, los tamaños del efecto de las diferencias en cada escala oscilan.

Esta mayor conformidad con las normas tradicionales de género podría estar relacionada con los beneficios de género que obtienen las mujeres a corto plazo (Morokvasic, 2007) ya que en el mercado laboral, los/as empleadores/as las prefieren justamente por ser consideradas más tradicionales con respecto a las normas de género femeninas (Davidovic, 2009; Izquierdo, 2003). Asimismo, los hombres españoles, a la hora de buscar una pareja de nacionalidad extranjera valoran características que tienen

que ver con las normas de género tradicionales, es decir, la docilidad, la belleza y la sensualidad (Roca, 2009).

Estudios anteriores encuentran que el contacto con la sociedad del país receptor y con unas normas de género menos tradicionales influye a las mujeres migrantes dando lugar a un empoderamiento social que tiene que ver con las nuevas habilidades adquiridas y la independencia económica (Aparicio et al., 2012; Vlase, 2012). Pero puede que dicho empoderamiento no tenga influencia sobre las propias ideas acerca de las normas de género quizás por no tener que cuestionar su propia identidad, construida en oposición a la identidad masculina (Aparicio et al., 2012). En este estudio, a pesar de la posibilidad de plantearse las asimetrías de género, las migrantes rumanas no lo hacen (Vlase, 2012). Al estar en un país diferente con normas de género diferentes, puede que las mujeres rumanas refuercen su propia identidad femenina para diferenciarse de las mujeres españolas. Los resultados de Iliescu (2012) apoyan esta hipótesis puesto que las participantes de su investigación consideran que el estilo práctico a la hora de vestirse de las mujeres españolas les impide adoptarlo ya que consideran que si lo adoptaran, no podrían expresar su feminidad.

De acuerdo con Connell (1996), en un determinado momento histórico coexisten diferentes masculinidades y feminidades. De esta forma, aunque en España se apueste más que en Rumania por la igualdad entre mujeres y hombres y aunque las mujeres migrantes se vean beneficiadas por cuestiones de género en España (Morokvasic, 2007), estas también se pueden ver presionadas a asumir determinadas normas de género con las que no están de acuerdo (por ejemplo, en la investigación de Iliescu (2012), una de las mujeres explica cómo su jefe le sugiere vestir de una determinada manera en el trabajo y ella, aunque no se siente identificada con la vestimenta, accede). Por lo tanto, los fenómenos migratorios sin más no pueden cambiar la configuración social de género. Además, el género tiene un peso tan importante que será aprovechado por las migrantes para sus propios fines en contextos sociales, políticos y económicos que no tienen interés en promover la igualdad de género entre los/as migrantes (Morokvasic, 2007).

La hipótesis 4.2. según la cual los hombres rumanos (migrantes y no migrantes) están más conformes con las normas de género masculinas que los hombres españoles se confirma totalmente. El grupo de los rumanos residentes en Rumania se muestran más conformes que los hombres españoles con las normas 1-Ganar, 2-Control emocional, 3-Conductas de riesgo, 5-Poder sobre las mujeres, 6-Dominancia, 9-

Primacía del trabajo, 10-Desprecio hacia la homosexualidad, 11-Búsqueda de posición social. Los tamaños del efecto oscilan entre pequeños y grandes, encontrándose diferencias destacadas en las escalas 6-Dominancia y 10-Desprecio hacia la homosexualidad.

Los migrantes rumanos presentan puntuaciones más elevadas en la norma 1-Ganar, 2-Control emocional, 3-Conductas de riesgo, 6-Dominancia, 9-Primacía del trabajo, 10-Desprecio hacia la homosexualidad así como también en la puntuación total de la conformidad con las normas de género masculinas. Por otro lado, los españoles puntúan más alto en 4-Violencia y 7-Donjuanismo. Los tamaños del efecto son pequeños y moderados.

La mayor conformidad con las normas de género masculinas en el caso de los hombres rumanos se relaciona con la existencia de normas de género tradicionales mantenidas sin críticas tanto durante en el patriarcado comunista como también durante el patriarcado de la transición. Las normas de género masculinas en la sociedad rumana son iguales a las que existen en otras sociedades occidentales (Bartos et al., 2010). Estas normas tienen que ver con mensajes que describen a los hombres como duros, fuertes, con control sobre sus emociones; tienen que asumir la responsabilidad económica de la familia a la que tienen que proteger incluso si tienen que utilizar la fuerza física y la violencia (Pasti, 2001). También se espera que tengan aventuras y sean promiscuos a nivel sexual (Baban, 2003).

En el caso de la hipótesis según la cual *los hombres rumanos iban a puntuar más alto que los hombres rumanos residentes en Rumania en la conformidad con las normas de género masculinas* no se cumple. En concreto, son los rumanos residentes en Rumania los que puntúan más alto en todas las escalas en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas. De esta manera, los hombres rumanos residentes en Rumania son más conformes con las normas de género masculinas (la puntuación total). Además, persiguen el ser admirados y respetados por el éxito conseguido; también se caracterizan por tener unas actitudes duras y violentas más que los migrantes rumanos residentes en España; se muestran más conformes con la subordinación de las mujeres a los hombres; se presentan más dispuestos a tener aventuras y están más conformes con el desdén hacia los homosexuales, por un lado, y ser el sostén de la familia, por otro.

Se considera que tanto en el caso de las mujeres como también en el caso de los hombres el vivir en una cultura y sociedad diferente a la suya les permite renegociar la

identidad de género (Benmayor y Skotnes, 2005; Kofman et al., 2001). A pesar de que los hombres migrantes en España perciben que pierden su posición en cuanto a las relaciones de género (Aparicio et al., 2012), los hombres migrantes de este estudio son menos conformes con las normas de género masculinas que los hombres rumanos residentes en Rumania. Esta menor conformidad con las normas de género tradicionales puede estar relacionada con el estar en contacto con unas normas de género diferentes. De hecho, los resultados indican que los hombres migrantes son más parecidos a los hombres españoles que a los hombres rumanos. Aunque los hombres buscan negociar una masculinidad hegemónica (Näre, 2010; Sartori, 2012), el estar inmersos en la sociedad española quizás les haya hecho reflexionar acerca de los roles de género dando lugar a una menor conformidad con las normas de género. Si se reflexiona acerca de los roles de género, la probabilidad de estar de acuerdo con las descripciones hegemónicas sobre masculinidad disminuye (Wang, 2002).

En la hipótesis 4.3 se estudian *las posibles relaciones entre los indicadores de salud y la conformidad con las normas de género femeninas* (Mahalik et al., 2003). Los resultados de este estudio apoyan los resultados obtenidos por otros investigadores/as (Brabete y Sánchez-López, 2012; Cuéllar-Flores y Sánchez-López, 2011; Rivas-Diez, 2014; Saavedra-San Román, 2013; Sánchez-López, Cuéllar-Flores y Dresch, 2012). En esta investigación se han encontrado correlaciones entre las escalas del CFNI y los indicadores de salud, tanto en el caso de las mujeres rumanas residentes en Rumania como también en el caso de las mujeres migrantes rumanas. Pero, al igual que indican otros/as autores/as, las diferencias en estos resultados se pueden deber a diferencias culturales, por un lado, y al diferente peso que las normas de género tienen para un determinado grupo ya que las relaciones suelen ser diferentes en función de cada muestra estudiada (Brabete et al, 2013). Sin embargo, si se analizan detenidamente las relaciones entre la puntuación total del CFNI y los indicadores de salud, se puede observar que no suele haber relación entre dicha puntuación total y los indicadores de salud, al igual que en otras investigaciones (Cuéllar-Flores y Sánchez-López, 2011; Rivas-Diez, 2014; Sánchez-López, Cuéllar-Flores y Dresch, 2012). Además, estos resultados apoyan el empleo del CFNI como escala multidimensional para medir el género en función de las diferentes normas de género femeninas tal como se ha realizado en esta investigación.

En las mujeres rumanas no migrantes, se han encontrado 15 correlaciones negativas entre las normas de género femeninas y los indicadores de salud y 5

correlaciones positivas (aunque una de ellas es una correlación con la salud mental, interpretándose de tal forma que a mayor puntuación en la escala del CFNI, peor salud mental). En las mujeres migrantes se han encontrado 14 correlaciones negativas y 4 positivas.

A continuación se analizan detalladamente las correlaciones que obtienen significación estadística entre las normas de género femeninas y la salud en las mujeres rumanas migrantes y no migrantes. Se observa que cuanto más agradables son las mujeres en la relación con los/as demás (1-Agradable en las relaciones), mejor es su satisfacción global. Aunque, en principio, esta relación parece estar en contradicción con la hipótesis planteada, si se tiene en cuenta que si la mujer es más coherente con su rol tradicional, procurando centrar la atención en los/as demás, se sentirá mejor consigo misma. Cuanto mayor es la puntuación en la escala 2-Cuidadora de niños/as, más visitas al médico (acompañando a otras personas) tienen, pero no consumen alcohol ni tabaco. Aunque no se ha analizado la relación entre esta variable y el tener hijos/as, es probable que las mujeres que puntúen más alto en esta escala, tengan que cuidar más a sus hijos/as y por lo tanto acudir con ellos/as al médico. Sin embargo, ser coherente con esta norma de género, protege a la hora de consumir alcohol y tabaco. Existen numerosas investigaciones que encuentran que las mujeres tienen más conductas saludables (Courtenay, 2000a, 2000b; Lorber y Moore, 2002).

Cuanto más conformes están las mujeres con perseguir el ideal de cuerpo delgado (3-Delgadez), peor puntúan en salud física y menos satisfechas se encuentran. Ser coherente con la norma de género 4-Fidelidad sexual correlaciona positivamente con la salud mental, es decir, cuanto más conforme se es con esta norma, peor salud mental. Sin embargo, una mayor conformidad con esta norma de género femenina se relaciona con no consumir alcohol ni tabaco. El consumir tabaco y alcohol son dos conductas que no son coherentes con el rol tradicional femenino (Courtenay, 2000a, 2000b; Lorber y Moore, 2002). Mayores puntuaciones en la norma de género 5-Modestia guarda relación con una peor salud física y mental y con una menos satisfacción global, así como con un menor tiempo de sueño. Existe evidencia sobre la importancia de esta norma para la salud de las mujeres (Borrell et al., 2006; Case y Paxson, 2005; Kirchengast y Haslinger, 2008; Kondo et al., 2008; Sánchez-López et al., 2006; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrid et al., 2007). El ser romántica en las relaciones aumenta el número de visitas al médico (acompañando a otras personas), pero las mujeres más coherentes con esta norma no consumen alcohol, pero sí

psicofármacos. Una mayor dedicación a las tareas de la casa (7-Doméstica) se relaciona con una peor salud física y con un no consumo de alcohol. Por último, las mujeres que más puntúan en la norma de género 8-Invertir en la son las que fuman. A pesar de que las normas de género femeninas, en general no son coherentes con el consumo de tabaco y alcohol (Brabete et al., 2013), parece ser que el consumo de tabaco se relaciona con el mantener y mejorar la apariencia física de las mujeres.

En el caso de las mujeres migrantes, cuanto mayor es la puntuación en 1-Agradable en las relaciones, menor es el tiempo dedicado al sueño y se relaciona con el no consumo de alcohol. Al igual que en el caso de las mujeres rumanas no migrantes, las mujeres migrantes que son más coherentes con la norma de género 2-Cuidadora de niños/as son las que no consumen alcohol. Cuanto más se puntúa en la escala 3-Delgadez, menor es la satisfacción global, pero el estrés aculturativo es mayor y esta norma también se asocia al consumo de fármacos. El consumo de tabaco y alcohol se relaciona de la misma manera con la escala 4-Fidelidad sexual que en el caso de las mujeres rumanas no migrantes. Una mayor puntuación en la escala 5-Modestia correlaciona con una menor satisfacción. El ser coherente con la norma 6-Romántica en las relaciones se asocia con el no consumo de alcohol. Aunque en el caso de las mujeres rumanas no migrantes, una mayor dedicación a las tareas se asocia con el consumo de alcohol, en el caso de las mujeres migrantes se asocia tanto con el consumo de alcohol como con el consumo de tabaco. La mayor conformidad con el rol tradicional 8-Invertir en la imagen correlaciona con una mayor salud física, pero mayor presencia de dolores y, al igual que en el caso de las mujeres rumanas, con consumo de alcohol. Al igual que en esta investigación, la escala 8-Invertir en la imagen se ha relacionado con una mejor salud autopercebida en el caso de las mujeres maltratadas (Rivas-Diez, 2014).

La última hipótesis de este estudio (4.4) sobre *las relaciones entre las normas de género masculinas y los indicadores de salud* se confirma. En el caso de la escala 3-Conductas de riesgo, los hombres rumanos residentes en Rumania que están más conformes con asumir riesgos, valoran mejor la salud física y tienden a no consumir fármacos. Se sabe que las conductas de riesgo son un factor de riesgo para la salud en el caso de los hombres ya que estos tienden a tener relaciones sexuales sin protección, a consumir alcohol y después conducir, realizar deportes de riesgo (Mahalik y Burns, 2011; Mahalik et al., 2007; Mahalik et al., 2006). Los hombres más tradicionales tienen peor salud, pero los estudios han demostrado que el rol tradicional masculino se relaciona con peores niveles de salud física y, además, se ha observado que los hombres

más tradicionales sobrevaloran su salud y se adaptan a los mensajes de masculinidad existentes en la sociedad: asumen riesgos y no se preocupan por su salud, ni manifiestan problemas físicos, ni piden ayuda médica hasta que los problemas son acuciantes (Verdonk, Seesing y Rijk, 2010). Teniendo en cuenta estas consideraciones, los resultados de este estudio apoyan estas interpretaciones.

Las puntuaciones altas en 4-Violencia se relacionan de forma inversa con la satisfacción global y de forma directa con la presencia de dolores, el número de horas de sueño y el consumo de tabaco. De esta forma, los hombres que puntúan alto en la masculinidad tradicional se sienten menos satisfechos y tienen una mayor presencia de dolores, pero también duermen más, consumen tabaco y también psicofármacos. Estos datos indican que algunas normas de género masculinas guardan relación con la satisfacción de los hombres. En el estudio de Saavedra-San Román (2013) sobre la salud de los enfermeros, la conformidad con esta norma tiene relación con el consumo de fármacos. Es decir, los hombres que consideran que está justificado emplear la violencia en ciertas condiciones, no consumen fármacos, al contrario que en este estudio. La escala 5-Poder sobre las mujeres se relaciona de forma directa con la presencia de dolores. Una mayor conformidad con la escala 6-Dominancia se relaciona con una mejor salud física y mental, pero también con un aumento en el número de visitas al médico. Las altas puntuaciones en 7-Donjuanismo se relacionan con no consumir fármacos. La norma de género 8-Independencia se relaciona con una mayor presencia de dolores. Puntuar alto en la escala 10-Desprecio hacia la homosexualidad correlaciona con una mejor salud autopercebida. Una mayor puntuación en la escala 11-Búsqueda de posición social correlaciona con una mejor salud física y mental, un menor consumo de fármacos y una menor presencia de dolores.

En el caso de los hombres migrantes, no se ha encontrado una relación entre la puntuación total del CMNI y la salud física, salud mental y estrés de aculturación, pero sí entre el total del CMNI y la satisfacción global. Los hombres que puntúan más alto en la escala 5-Poder sobre las mujeres tienden a percibir mejor su salud mientras que los hombres que puntúan más alto en la escala 10-Desprecio hacia la homosexualidad tienden a percibir peor su salud física. En el caso de la salud mental, la escala 8-Independencia tiene una relación positiva con la salud mental (es decir, a más puntuación en esta escala, peor salud mental) mientras que en el caso de la escala 11-Búsqueda de posición social, la relación con la salud mental es negativa (a mayor puntuación en esta escala, mejor salud mental). Los hombres que más conformes están

con la escala 1-Ganar tienden a sentirse menos satisfechos. Lo mismo sucede en el caso de la puntuación total del CMNI, es decir, los hombres que están más conformes con las normas de género masculinas tienden a sentirse menos satisfechos. No se ha encontrado ninguna relación entre el estrés aculturativo y las normas de género masculinas. El consumo de alcohol está relacionado con altas puntuaciones en las escalas 2-Control emocional y 7-Donjuanismo (relaciones positivas) y con bajas puntuaciones en las escalas 10-Desprecio hacia la homosexualidad y 11-Búsqueda de posición social. No se han encontrado relaciones entre el consumo de tabaco y las normas de género masculinas y entre el consumo de fármacos y las normas de género masculinas, respectivamente. Por último, el consumo de psicofármacos está relacionado con una baja puntuación en 7-Donjuanismo.

13.3.5. Objetivo 5. Personalidad

En este objetivo se analizan las diferencias en los estilos de personalidad entre rumanos/as (migrantes y no migrantes) y españoles/as, por un lado y, por otro lado, las diferencias entre los/as migrantes y los/as no migrantes. Asimismo, se estudian las relaciones entre los estilos de personalidad y la salud y también entre los estilos de personalidad y la aculturación con el fin de predecir qué estilos de personalidad intervienen en la salud física/mental y en la aculturación. A continuación se detallan las conclusiones y la discusión en función de las hipótesis planteadas.

Se confirma la hipótesis 5.1 sobre *las diferencias de personalidad entre las/os migrantes rumanas/os y las/os rumanas/os residentes en Rumania*. Después de aplicar la *t* de Student para comparar las medias de los dos grupos, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en 11 de las 24 escalas del MIPS. Comparando los dos grupos, los/as migrantes rumanos/as residentes en España se muestran más motivados/as a satisfacer primero las necesidades de los/as demás (3B-Protección). Con respecto a los estilos cognitivos, tienden a confiar en la experiencia directa y en lo observable como fuentes de información (5A-Sensación), transformando la información nueva adecuándola a lo conocido (7A-Sistematización). En cuanto a las relaciones interpersonales, se muestran más renuentes a participar (8A-Retrainimiento) que los/as rumanos/as residentes en Rumania, respetan más a la autoridad (10B-Conformismo) y ocultan sus sentimientos negativos (12B-Aquiescencia). Las/os rumanas/os residentes en Rumania son más orientadas/os hacia sus propias necesidades, sin preocuparse de

los/as demás (3A-Individualidad), confiando más en fuentes de información intangibles y especulativas (5B-Intuición). Asimismo, se muestran más creativos/as, asumiendo más riesgos y mostrándose disconformes con lo predecible (7B-Innovación). En cuanto a los comportamientos interpersonales, actúan de modo independiente y no conformista (10A-Discrepancia), siendo enérgicos/as, dominantes y socialmente agresivos/os (11B-Dominio). En todos los casos los tamaños del efecto de las diferencias encontradas son pequeños.

Al comparar a las mujeres migrantes rumanas con las mujeres rumanas residentes en Rumania, las primeras derivan sus conocimientos de lo concreto más que las segundas (5A-Sensación), transformándolos en función de sus antiguos esquemas (7A-Sistematización). Con respecto al área de las relaciones personales, las mujeres migrantes muestran más falta de emotividad e indiferencia social (8A-Retraitamiento), se muestran más cooperativas (10B-Conformismo) y tienden a ocultar sus sentimientos negativos (12B-Aquiescencia). En cuanto a las mujeres rumanas residentes en Rumania, éstas prefieren lo simbólico y desconocido (5B-Intuición) y suelen actuar de modo independiente y no conformista (10A-Discrepancia). En este caso, los tamaños del efecto de las diferencias son pequeños excepto en el caso de la escala 5A-Sensación cuyo tamaño del efecto es moderado.

Los hombres rumanos migrantes muestran mayor tendencia a ocultar sus sentimientos negativos (12B-Aquiescencia) mientras que los hombres rumanos residentes en Rumania se muestran más enérgicos y dominantes (11B-Dominio).

Desde el punto de vista teórico existen conceptos como *mobicentric man* (Jennings, 1970) y *personalidad pionera* (Morrison y Wheeler, 1976), pero en el ámbito empírico los estudios sobre las características de personalidad de los/as migrantes son muy escasos. El estudio longitudinal realizado por Silventoinen et al. (2007) aporta datos muy interesantes sobre la personalidad de las/os gemelas/os que migran. Las mujeres migrantes son más extravertidas mientras que los hombres migrantes puntúan más alto en neuroticismo y extraversión. En este estudio, las/os migrantes rumanos/as puntúan más alto que los/as rumanos/as residentes en Rumania en solo dos escalas consideradas desadaptativas por Millon (1994), 3B-Protección y 8A-Retraitamiento. Las demás escalas en las que las/os migrantes rumanas/os puntúan más alto, son consideradas adaptativas (5A-Sensación, 7A-Sistematización, 10B-Conformismo, 11B-Dominio y 12B-Aquiescencia). Además, las mujeres migrantes parecen diferir en más estilos de personalidad que los hombres, al compararlos con el grupo de participantes

rumanas/os residentes en Rumania. Estos resultados indican que existen diferencias en los estilos de personalidad de los/as migrantes rumanos/as residentes en España, aunque al tratarse de un estudio transversal no se puede saber si dichas diferencias existían anteriormente o no.

En cuanto a las diferencias culturales en personalidad entre rumanos (migrantes y no migrantes) y españoles/as, los resultados corroboran la hipótesis propuesta. Los resultados señalan que existen diferencias estadísticamente significativas entre los/as rumanos residentes en Rumania y los/as españoles/as en 20 de las 24 escalas. Las/os rumanas/os puntúan más alto en las escalas: 1A-Expansión, 2A-Modificación, 3A-Individualidad, 4A-Extraversión, 5B-Intuición, 6A-Pensamiento, 6B-Sentimiento, 7A-Sistematización, 7B-Innovación, 8B-Sociabilidad, 9B-Decisión, 10A-Discrepancia, 11A-Sumisión, 11B-Dominio y 12A-Descontento. En el caso de la comparación entre las medias de los/as migrantes rumanos/as y los/as españoles/as, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en 19 de las 24 escalas. Los/as migrantes puntúan más alto en 1A-Expansión, 2A-Modificación, 3A-Individualidad, 3B-Protección, 4A-Extraversión, 5B-Intuición, 6A-Pensamiento, 6B-Sentimiento, 7A-Sistematización, 7B-Innovación, 8A-Retraitamiento, 8B-Sociabilidad, 9B-Decisión, 10A-Discrepancia, 10B-Conformismo, 11A-Sumisión y 12A-Descontento. Los/as españoles/as puntúan más alto en 2B-Adecuación y 12B-Aquiescencia. Estos resultados replican los resultados encontrados por McCrae y Terracciano (2005a, 2005b) sobre la personalidad en 51 culturas. En ambas comparaciones, los tamaños del efecto de las diferencias encontradas oscilan entre pequeños y moderados. En otros estudios sobre comparaciones entre españoles/as y mexicanos/as, argentinos/as y estadounidenses, (Aparicio, 2000), los tamaños del efecto encontrados fueron pequeños, moderados, pero también altos. Ispas et al. (2014), encuentran que las puntuaciones de los/as rumanos/as en el gráfico de escalamiento multidimensional (Allik y McCrae, 2004) se sitúan cerca de las puntuaciones de las/os españolas/es. Aparicio (2000) concluye que la separación geográfica es importante a la hora de analizar las diferencias entre personas de diferentes países, pero también se tienen que tener en cuenta el sexo y las edades de las/os participantes.

Los resultados confirman la hipótesis 5.2 sobre *las diferencias en estilos de personalidad entre mujeres y hombres*. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en 13 de los 24 estilos de personalidad (en el caso de las/os rumanas/os residentes en Rumania) y 7 estilos de personalidad (en el caso

de los/as migrantes rumanos/as). Las mujeres tienden más que los hombres a concentrarse en los problemas de la vida, se sienten motivadas a satisfacer primero a los/as demás, prefieren lo simbólico y lo desconocido, forman sus juicios basándose en sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales, desear ser aceptadas pero temen el rechazo y son simpáticas socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes, ocultando sus sentimientos negativos. Por el contrario, los hombres experimentan la vida de modo optimista, se preocupan más por sus propias necesidades, procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico, buscan estimulación y atención, se creen competentes y seguros de sí mismos, actúan de modo independiente y no conformista y son energéticos, dominantes y socialmente agresivos.

Las diferencias en las variables de personalidad entre mujeres y hombres se repiten en numerosas investigaciones (Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Lynn y Martin, 1997; McCrae y Terracciano, 2005a, 2005b). Millon (1994) en su modelo predice diferencias de sexo en los estilos de personalidad que pertenecen a las Metas Motivacionales, Individualismo-Protección. Asimismo, sin aportar ninguna explicación, Millon (1994) propone que las mujeres puntuarán más alto en aquellas escalas consideradas como desadaptativas. Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo con este modelo, corroboran estos resultados (Bonilla-Campos y Castro-Solano, 2000; Cuéllar-Flores, 2013). Sin embargo, si a la hora de construir un instrumento de medición de la personalidad, si no se tiene en cuenta la dimensión del género, es muy probable que dicho test contenga sesgos de género (Baker y Mason, 2010). Además, existen más similitudes que diferencias entre mujeres y hombres y, si existen diferencias, estas son muy pequeñas (Hyde, 2005). En el caso de los/as rumanos/as, las diferencias encontradas tienen una magnitud pequeña o moderada.

Los resultados sobre la hipótesis 5.3 sobre *la relación entre el tiempo de residencia en España y los estilos de personalidad* demuestran que el tiempo de residencia correlaciona de forma positiva con el estilo de personalidad 1A-Expansión, es decir, las personas son más optimistas con respecto al futuro al aumentar el tiempo de residencia en España. Por el contrario, el tiempo de residencia en España correlaciona de forma negativa con los estilos 1B-Preservación, 5B-Intuición, 10A-Discrepancia y 12A-Descontento. De acuerdo con los resultados se concluye que a mayor tiempo de residencia en España los/as migrantes rumanos/as tienden a concentrarse menos en los problemas de la vida, agravándolos; prefieren menos lo simbólico y desconocido;

actúan menos de forma independiente y no conformista y tienden a presentar menos estados de ánimo y conductas variables.

Las mujeres que más tiempo llevan residiendo en España tienden a centrarse menos en sus propias necesidades mientras que los hombres que más tiempo llevan residiendo en España tienden a concentrarse menos en los problemas de la vida y tienden a transformar menos la información nueva adecuándola a lo conocido.

Se confirman los resultados de la hipótesis planteada sobre *las relaciones entre la salud y los estilos de personalidad tanto en el grupo de rumanos/as residentes en Rumania como también en el caso de las/os migrantes rumanas/os residentes en España* (hipótesis 5.4). En general, las escalas del MIPS consideradas menos adaptativas se relacionan con una peor salud física y psicológica. Por otro lado, los estilos de personalidad adaptativos se relacionan con una mejor salud física y psicológica. La escala 12B-Aquiescencia, considerada adaptativa por Millon tiene una relación negativa con la salud física y positiva con la salud mental (la puntuación obtenida en el GHQ-12 se interpreta de tal forma que a mayor puntuación en este instrumento, peor salud mental) y no se ha encontrado una relación con la satisfacción global. Esta escala se comporta como una escala desadaptativa ya que se correlaciona con peores índices de salud física y mental. Las mismas relaciones entre esta escala y la salud se han encontrado en las mujeres maltratadas (Rivas-Diez, 2014). En general, los resultados difieren ligeramente en función de si se trata de migrantes o no migrantes y también en función del sexo.

Los/as participantes rumanos/as que puntúan bajo en salud física autopercebida tienden a caracterizarse por ser más pesimistas y demasiado preocupados/as por las dificultades de la vida, con poca iniciativa para modificar las situaciones, motivados/as a satisfacer primero a los/as demás, retraídos/as y propensos/as a aislarse, inseguros/as, actuando de modo independiente y no conformista, sumisos/as ante los/as demás, con estados de ánimo y conductas variables y simpáticos/as socialmente, ocultando sus sentimientos negativos. En cuanto a los estilos cognitivos, utilizan sus propios pensamientos y sentimientos para procesar la información, prefieren lo intangible y forman sus juicios teniendo en cuenta sus reacciones afectivas y sus valores personales. Por el contrario, una mejor salud física autopercebida en rumanos/as residentes en Rumania se relaciona con características como por ejemplo afrontar la vida con optimismo y determinación, tener iniciativa para cambiar el entorno, estar orientados/as hacia sus propias necesidades, recurrir a fuentes externas, asimilar la información según

esquemas previos conocidos, ser sociables, seguros/as de sí mismos/as y energéticos/as y dominantes socialmente.

Los/as rumanos/as residentes en Rumania con peor salud psicológica (peor satisfacción global y peor salud mental) tienden a caracterizarse por experimentar la vida de forma más pesimista y centrarse en las dificultades de la vida, con poca iniciativa para modificar las situaciones; utilizan sus propios pensamientos y sentimientos para procesar la información, prefieren lo intangible y forman sus juicios teniendo en cuenta sus reacciones afectivas y sus valores personales. Asimismo, muestran mayor inhibición social, inseguridad y timidez en contextos sociales y son más inseguros/as; actúan de modo independiente y no conformista, son sumisos/as ante los/as demás, con estados de ánimo y conductas variables, son simpáticos/as socialmente, ocultando sus sentimientos negativos. Por el contrario, una mejor salud psicológica se relaciona con estilos de personalidad caracterizados por un mayor optimismo a la hora de experimentar la vida, la tendencia a modificar activamente las condiciones del entorno para conseguir sus deseos, centrarse en las propias necesidades, conseguir la información de fuentes externas y transformarla de acuerdo a puntos de vista previos; se muestran simpáticos y brillantes socialmente, seguros/as de sí mismos/as, cooperativos/as y muestran respeto por las normas y la autoridad.

Al comparar los resultados de las mujeres con los hombres se observan ligeras variaciones. Lo mismo sucede en el caso de los/as migrantes rumanos residentes en España, aunque, se mantiene el mismo patrón de correlaciones. En el caso del estrés aculturativo, las/os migrantes que tienen menos estrés aculturativo afrontan la vida con optimismo y determinación y se consideran competentes y seguros/as de sí mismos/as. Por el contrario, las/os migrantes que presentan un mayor estrés aculturativo tienen unos estilos de personalidad que se caracterizan por experimentar la vida de forma pesimista, acomodándose a las circunstancias creadas por otros/as, sin intentar modificarlas, utilizando sus propios pensamientos y sentimientos para procesar la información; prefieren lo intangible y procesan los conocimientos tanto por medio de la lógica y lo analítico, pero también teniendo en cuenta sus propias reacciones afectivas y sus valores personales, retraídos/as y propensos/as a aislarse, actúan de modo independiente y no conformista, sumisos/as y con estados de ánimo y conductas variables.

Los Modos Cognitivos, es decir las formas de procesar la información, son los estilos de personalidad que menos relación guardan con la salud de los/as rumanos/as (migrantes y no migrantes). Las Conductas Interpersonales tienen más importancia a la

hora de determinar la salud de los/as rumanos/as, al igual que en otros estudios sobre la salud de las personas (Cardenal y Fierro, 2001; Dresch, 2006). Según Millon (1994; 2004) la forma en la que los individuos se relacionan es importante para las experiencias cotidianas, por eso las variables interpersonales son consideradas más importantes que las de los Modos Cognitivos y Metas Motivacionales.

En cuanto a los resultados correspondientes a las regresiones para verificar el carácter predictivo de los estilos de personalidad en la salud física/psicológica de los/as rumanos/as (migrantes y no migrantes) existen algunas variaciones. En el caso del grupo de rumanos/as residentes en Rumania, los estilos 11A-Sumisión y 1B-Preservación explican el 13.9% de la variabilidad de la salud autopercebida, de tal manera que una mayor sumisión y mayor concentración en los problemas de la vida predecirían una menor salud física. Al desagregar estos datos por sexos, en el caso de las mujeres, se encuentra la misma relación con el estilo 11A-Sumisión (explica el 14.5% de la variabilidad). Sin embargo, en el caso de los hombres, una mayor tendencia a experimentar los sucesos vitales de modo optimista (1A-Expansión) predicen una mejor salud autopercebida.

Para el grupo de migrantes rumanos/as, se encuentra la misma relación predictiva entre los estilos de personalidad 1B-Preservación y 11A-Sumisión y la salud física autopercebida que en el caso del grupo de rumanos/as descrita anteriormente. En el caso de los hombres migrantes, es el mismo estilo 1A-Expansión el que predice una buena salud autopercebida, al igual que en el caso de los hombres rumanos residentes en Rumania. No obstante, para las mujeres migrantes, tanto la escala 11A-Sumisión como también la escala 9B-Decisión explican un 14.4% de la variabilidad de la salud física autopercebida. Si el ser sumisa predice una peor salud autopercebida, el considerarse competente y segura de sí misma predice una buena salud autopercebida.

El 17.3% de la variabilidad de la satisfacción global de las/os rumanas/os residentes en Rumania queda explicada por los estilos 12A-Descontento y 11A-Sumisión, es decir, cuanto mayor es el sentimiento de sentirse injustamente tratadas/os y poco valoradas/os, peor es la satisfacción global. En el caso de los/as migrantes, el 15.2% de la variabilidad de esta variable queda explicada por los estilos 1B-Preservación y 11A-Sumisión de tal forma que a mayor tendencia a experimentar la vida de forma pesimista y considerar el sufrimiento como parte de la vida y estar sumiso/a ante los demás, peor satisfacción global.

La salud mental queda explicada en un 26.4% por los estilos 1B-Preservación, 1A-Expansión y 11A-Sumisión. Por tanto, cuanto mayor es la concentración en los problemas de la vida, agravándolos y ser sumisos/as y menor la tendencia a experimentar los sucesos vitales de modo optimista, peor es la salud mental. En el caso de las mujeres rumanas, los estilos 11A-Sumisión y 1A-Expansión explican el 28.4% de la variabilidad en salud mental mientras que en el caso de los hombres son los estilos 1A-Expansión y 1B-Preservación los que explican un 22.6% de dicha variabilidad. En el caso de los/as migrantes rumanos/as, una mayor concentración en los problemas de la vida y una mayor habituación al sufrimiento predicen una peor salud mental. En el caso de las mujeres migrantes, los estilos 11A-Sumisión y 1B-Preservación explican un 27% de la variabilidad en salud mental. Por último, en el caso de los hombres migrantes, cuanto mayor es el optimismo y el deseo de enriquecer sus vidas, mejor es la salud mental.

Los estilos 12A-Descontento y 9A-Indecisión explican un 25.9% de la variabilidad del estrés aculturativo de tal forma que a mayor sentimiento de sentirse injustamente tratadas/os y poco valoradas/os y deseo de ser aceptadas/os, pero a la vez temen el rechazo, mayor es el estrés aculturativo. Al desagregar los datos por sexos, en el caso de las mujeres, el 28.3% de la variabilidad del estrés aculturativo queda explicado por los estilos 12A-Descontento y 1B-Preservación. En el caso de los hombres, el 20% de la variabilidad del estrés aculturativo queda explicado por 9A-Indecisión.

Los estilos de personalidad 1B-Preservación, 9A-Indecisión, 11A-Sumisión y 12A-Descontento guardan relación teórica y empírica con el factor neuroticismo (Casullo y Castro-Solano, 2003). El neuroticismo es la variable de personalidad que más se asocia con la salud física y psicológica. De esta forma, una personalidad desadaptada puede ser favorable al desarrollo de enfermedades (Friedman y Booth-Kewley, 1987). Por otro lado, los estilos 1A-Expansión y 4A-Extraversión se relacionan con el optimismo y con el uso de la confrontación como estilo de afrontamiento (Limiñana, Corbalán y Calvo, 2009). Otros estudios han encontrado que el estilo 4A-Expansión está relacionado con una buena salud en personas cuidadoras (Cuéllar-Flores, 2013) mientras que en el caso de las mujeres maltratadas, el estilo 1A-Expansión predice tanto la salud mental como también la salud física (Rivas-Diez, 2014).

Los resultados de este estudio confirman que los estilos de personalidad considerados adaptativos dentro del modelo se relacionan, en general, con una mejor

salud, mientras que los estilos menos adaptativos, se relacionan con una peor salud tanto en los/as migrantes y los/as no migrantes. Estas relaciones no solo se encuentran en el caso de la salud mental, pero también en el caso de la salud física.

Los análisis de *t* de Student sobre *las diferencias en los estilos de personalidad en función de las cuatro estrategias de aculturación* confirman la hipótesis 5.5. Con respecto a las Metas Motivacionales (la forma como una persona enfrenta el entorno que le rodea), las personas que prefieren mantener su herencia cultural y a la vez relacionarse con la sociedad receptora (Integración) tienen una mayor tendencia a experimentar los sucesos vitales de modo optimista (1A-Expansión), intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos (2A-Modificación) y son más motivados/as a satisfacer primero a los/as demás. Los/as migrantes que tienden a no conservar su identidad cultural y prefieren orientarse hacia la cultura del país receptor, al igual que las personas que prefieren la estrategia de aculturación Integración puntúan más alto en 1A-Expansión y 2A-Modificación. Los/as migrantes que mantienen su herencia cultural mientras que no participan en la cultura del país receptor (Separación) se concentran más en los problemas de la vida, agravándolos (1B-Preservación) y se acomodan a las circunstancias creadas por otros/as sin tener iniciativa (2B-Adecuación); y se muestran más motivados/as a satisfacer primero a los/as demás (3B-Protección). Por otro lado, las/os migrantes que pierden el contacto cultural y psicológico tanto con la sociedad de origen como con la sociedad receptora (Marginación) puntúan más alto en los estilos 1B-Preservación y 2B-Adecuación. En general, aquellas/os migrantes que prefieren las estrategias de integración y asimilación puntúan más alto en los estilos de personalidad adaptativos excepto en el caso del estilo 3B-Protección. Además, las personas que eligen una estrategia de aculturación Integración y las personas que eligen una estrategia de aculturación Separación puntúan más alto en este estilo. El mantener la herencia cultural parece estar relacionado con el hecho de satisfacer primero a los/as demás. Por el contrario, aquellas personas que prefieren las estrategias Separación y Marginación puntúan más alto en los estilos de personalidad considerados desadaptativos por el modelo.

A la hora de buscar la información (Estilos cognitivos), las personas que prefieren la estrategia de aculturación Integración recurren a los demás (4A-Extraversión) y transforman la información adecuándola a esquemas ya conocidos (7A-Sistematización). Este patrón se repite también en el caso de aquellos/as migrantes que prefieren la estrategia Asimilación. Por otro lado, las/os migrantes que están en la

categoría Separación y Marginación tienden a utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como fuente de inspiración (4B-Introversión). En el caso de las personas que están en la categoría Marginación tienden menos a transformar la información adecuándola a esquemas ya conocidos (7A-Sistematización). En general, se observa que las/os migrantes de las categorías Integración y Asimilación suelen puntuar más alto en los estilos adaptativos del modelo mientras que en el caso de las estrategias Separación y Marginación, puntúan más alto en los estilos considerados desadaptativos excepto en el caso de la estrategia de Separación en la que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre esta estrategia y las de Asimilación e Integración, sino que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de Separación y Marginación.

Al relacionarse con los demás, las/os migrantes que están dentro de la estrategia de aculturación Integración son más sociables y buscan más atención y estimulación (8B-Sociabilidad), son más seguros/as de sí mismos/as, competentes y ambiciosos/as (9B-Decisión); se muestran más cooperativos/as y respetan la autoridad (10B-Conformismo) y simpáticos/as socialmente, ocultando sus sentimientos negativos (12B-Aquiescencia). En el caso de los/as migrantes que eligen la estrategia de aculturación Asimilación, muestran un patrón similar al de los/as migrantes de la estrategia de aculturación Integración excepto en el caso de los estilos 10B-Conformismo y 11B-Dominio. Con respecto al estilo 10B-Conformismo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las/os migrantes de la estrategia de Asimilación y los/as migrantes de la estrategia de Marginación. Las estrategias de aculturación Separación y Marginación muestran puntuaciones similares en los estilos de personalidad 8A-Retraimiento, 9A-Indecisión, 10A-Discrepancia, 11A-Sumisión, y 12A-Descontento. Es decir, aquellas personas de las estrategias de aculturación Separación y Marginación son más retraídas y propensas a aislarse, actúan de modo independiente y no conformista; son más sumisas y tienen estados de ánimo y conductas variables.

Aunque no se ha encontrado ningún otro estudio que haya medido la relación entre las estrategias de aculturación y las variables de personalidad empleando el modelo de Millon, los resultados de esta investigación corroboran los resultados encontrados con el Modelo de los Cinco Grandes. La exposición a la cultura canadiense aumenta la apertura, la alegría y el comportamiento y las actitudes prosociales (McCrae et al., 1998). Asimismo, se ha encontrado que la extraversión se relaciona con la

adaptación al país receptor (Caligiuri, 2000; Furukawa, 1997; Searle y Ward, 1990). Por otro lado, el neuroticismo guarda una relación inversa con la adaptación (Ward et al., 2004; Zhang et al., 2010). Los estilos de personalidad en los que puntúan más alto las personas de las estrategias Asimilación e Integración: 1A-Expansión, 2A-Modificación, 4A-Extraversión, 8B-Sociabilidad y 9B-Decisión. Los estilos de personalidad 4A-Extraversión, 8B-Sociabilidad y 9B-Decisión tienen relación directa con el factor Extraversión (McCrae y Costa, 2003). Por el contrario, los estilos 1A-Expansión y 2A-Modificación guardan una relación inversa con el Neuroticismo (McCrae y Costa, 2003).

Las personas que puntúan alto en Marginación y Separación puntúan alto en 1B-Preservación, 2B-Adecuación, 9A-Indecisión, 10A-Discrepancia, 11A-Sumisión y 12A-Descontento. Schmitz (1994) ha encontrado que la Separación correlaciona positivamente con el neuroticismo y negativamente con la extraversión y la sociabilidad. La Marginación se relaciona con una falta de sociabilidad. Al igual que se ha mencionado anteriormente para la hipótesis relacionada con la salud, Casullo y Casto-Solano (2003) han encontrado relaciones positivas entre el neuroticismo y los estilos 1B-Preservación, 2B-Adecuación, 4B-Introversión, 8A-Retraimiento, 9A-Indecisión, 10A-Discrepancia, 11A-Sumisión y 12A-Descontento. Por el contrario, se han encontrado relaciones negativas entre la Extraversión y los estilos 4B-Introversión, 8A-Retraimiento y 9A-Indecisión.

Por último, la hipótesis 5.6 analiza *las relaciones entre los estilos de personalidad y las dos escalas del VIA* con el fin último de encontrar *qué estilos de personalidad predicen el mantenimiento de la cultura de origen o la adopción de las costumbres españolas*. En el caso de las/os migrantes rumanos/as, se han encontrado varias relaciones entre los estilos de personalidad y las escalas mantener las costumbres rumanas y adoptar las costumbres españolas. Las/os migrantes que puntúan alto en la escala mantener las costumbres rumanas tienden a pensar que el futuro depende de ellos/as (2A-Modificación), motivados/as a satisfacer primero a los/as demás (3B-Protección); recurren a fuentes externas para buscar los conocimientos, forman sus juicios teniendo en cuenta sus propias reacciones afectivas y sus propios valores personales, adecuando la información a lo conocido; son más sociables (8B-Sociabilidad), cooperativos/as (10B-Conformismo) y simpáticos socialmente, ocultando sus sentimientos negativos (12B-Aquiescencia).

Las personas que puntúan más en adoptar las costumbres españolas, las personas tienden a experimentar en mayor grado los sucesos vitales de modo optimista (1A-Expansión), intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos (2A-Modificación), recurrir a fuentes externas a la hora de buscar la información (4A-Extraversión), disconformes con lo predecible (7B-Innovación), más sociables (8B-Sociabilidad), competentes y seguros/as de sí mismos/as (9B-Decisión). Por el contrario, aquellas/os migrantes que puntúan menos en la misma escala, tienden a ser menos concentrados en los problemas de la vida (1B-Preservación), puntúan menos en el estilo 2B-Adecuación, tienden menos a utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recurso (4B-Introversión), son menos retraídos (8A-Retraimiento) y propensos a aislarse (9B-Indecisión), puntúan menos en 10A-Discrepancia, menos sumisos/as (11A-Sumisos) y con menos estados de ánimo y conductas variables (12A-Descontento). Al desagregar los datos por sexos, en general, estas variables se mantienen.

En cuanto a las regresiones múltiples, se observa que los estilos 10B-Conformismo y 6B-Sentimiento explican un 7.8% de la escala mantener las costumbres rumanas de tal forma que a mayor puntuación en estas escalas, mayor mantenimiento de las costumbres rumanas. Por el contrario, el estilo 4A-Extraversión explica un 21.9% de la variabilidad de las puntuaciones adoptar las costumbres españolas. Es decir, aquellas personas que tienden más a centrarse en fuentes externas son aquellas que más adoptan las costumbres españolas.

Para las mujeres, la motivación a satisfacer primero a los/as demás explica un 3.8% de la variabilidad de la escala mantener las costumbres rumanas mientras que, al igual que para el grupo total, el estilo 4A-Extraversión explica un 22.6% de la varianza en adoptar las costumbres españolas. Para los hombres, los estilos 10B-Conformismo y 6B-Sentimiento explican un 19.3% de la escala mantener las costumbres rumanas. Sin embargo, el estilo 4B-Introversión explica un 18.2% de la varianza en adoptar las costumbres españolas de tal forma que una menor tendencia a utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como fuente de inspiración predice una menor adopción de las costumbres españolas.

En el estudio realizado por Ryder et al. (2000), una menor puntuación en neuroticismo y una mayor puntuación en responsabilidad, extraversión y apertura predicen la puntuación en la escala Adoptar las costumbres del país receptor. Una menor puntuación en neuroticismo y una mayor puntuación en responsabilidad predicen la puntuación en la escala Mantener las normas del país de origen. Considerando, una

vez más, las afinidades teóricas y empíricas del modelo de Millon con el modelo de los Cinco Grandes (McCrae y Costa, 2003), la escala 10B-Conformismo guarda una relación positiva con la Responsabilidad mientras que la escala 4A-Extraversión guarda una relación positiva con el factor Extraversión y el estilo 4B-Introversión guarda una relación inversa con dicho factor.

En la tabla 13.1 se pueden consultar las conclusiones obtenidas en esta investigación.

Tabla 13.1. Resumen de conclusiones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los índices de fiabilidad encontrados para el Cuestionario de Medida de la Salud Física, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI y MIPS permiten su utilización en población rumana. ▪ La estructura factorial de los instrumentos empleados es similar a la encontrada en su versión original, aunque existen diferencias debidas al factor cultural en la agrupación de los ítems en factores en el CMNI y CFNI. ▪ Las mujeres y los hombres migrantes no difieren en el mantenimiento de las costumbres rumanas. Sin embargo, las mujeres migrantes adoptan más que los hombres migrantes las costumbres españolas. ▪ Las mujeres migrantes prefieren más que los hombres migrantes la estrategia de Asimilación, pero los hombres prefieren más que las mujeres la Integración, Separación y Marginación. ▪ Las mujeres rumanas que están interesadas en mantener las costumbres rumanas están más conformes con las normas de género tradicionales 2-Cuidado de niños/as, 3-Delgadez, 8-Invertir en las imágenes y la puntuación total del CFNI. Las mujeres que más adoptan las costumbres españolas tienden a estar menos conformes con la norma 4-Fidelidad sexual. ▪ Los hombres que puntúan alto en mantener las costumbres rumanas, puntúan más bajo en la escala 4-Violencia, es decir, se muestran menos conformes con la norma según la cual los hombres tienen que tener actitudes duras y violentas. ▪ Los/as rumanos/as no pierden el interés en mantener las costumbres rumanas en función del tiempo, pero los/as migrantes que llevan más de 10 años de residencia, adoptan más que los que llevan menos de 10 años las costumbres españolas. ▪ Las/os migrantes rumanas/os tienen peor salud autopercebida, más presencia de dolores y más número de visitas al médico que las/os rumanas/os residentes en Rumania. Las/os rumanas/os residentes en Rumania se sienten más satisfechas/os con su vida laboral que las/os migrantes. ▪ Las mujeres migrantes tienen más presencia de dolores, visitas al médico (por problemas propios y acompañando a otra persona) que las mujeres no migrantes. ▪ Los hombres migrantes se sienten menos satisfechos laboralmente que los hombres no migrantes. ▪ Hay un porcentaje menor de migrantes que consumen alcohol y tabaco que no migrantes. ▪ Hay un porcentaje mayor de mujeres migrantes que consumen psicofármacos que no migrantes.

■
Tabla 13.1. Resumen de conclusiones (continuación)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Los/as migrantes no tienen peor salud mental que los/as no migrantes. ■ Las mujeres valoran su salud peor que los hombres, presentan más dolores y tienen más visitas al médico. Asimismo, hay un mayor porcentaje de mujeres que consumen psicofármacos. ■ No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en salud mental, estrés aculturativo, tiempo de sueño y satisfacción (familiar, laboral y global). ■ Los/as migrantes que obtienen puntuaciones más altas en el mantenimiento de las costumbres rumanas, son los/as que tienen más estrés aculturativo. ■ El mantenimiento de las costumbres rumanas se relaciona con una mayor satisfacción familiar El adoptar las costumbres españolas se relaciona con la satisfacción global. ■ No se han encontrado diferencias en las variables de salud en función de las estrategias de aculturación. ■ Las personas que llevan residiendo más de 10 años en España puntúan más bajo en el estrés aculturativo. ■ El estrés aculturativo tiene una relación directa con la salud mental e indirecta con el apoyo social autopercibido. ■ Las mujeres rumanas son más conformes con las normas de género femeninas que las mujeres españolas. Las mujeres migrantes tienen una mayor conformidad con las normas de género femeninas que las mujeres no migrantes. ■ Los hombres rumanos tienen una mayor conformidad con las normas de género masculinas que los hombres españoles. Los migrantes presentan una menor conformidad con las normas de género masculinas que los hombres no migrantes. ■ Algunas normas de género femeninas se pueden considerar factores de riesgo de la salud mientras que otras se pueden considerar factores protectores. ■ Algunas normas de género masculinas se pueden considerar factores de riesgo para la salud mientras que otras se pueden considerar factores protectores. ■ Se encuentran diferencias en cuanto a los estilos de personalidad entre rumanos/as y españoles/as. ■ Las mujeres puntúan más en los estilos considerados desadaptativos por el modelo que los hombres. ■ Al aumentar el tiempo de residencia en España, las personas se vuelven más optimistas con respecto al futuro, tienden a concentrarse menos en los problemas de la vida, prefieren menos lo simbólico y desconocido; actúan menos de forma independiente y no conformista y tienden a presentar menos estados de ánimo y conductas variables. ■ Los estilos de personalidad considerados adaptativos por el modelo se relacionan con una mejor salud mientras que los estilos de personalidad considerados menos adaptativos se relacionan con una peor salud. ■ En general, las personas que prefieren las estrategias Integración y Asimilación puntúan más en los estilos de personalidad considerados adaptativos por el modelo mientras que las personas que prefieren las estrategias Separación y Marginación puntúan más en los estilos considerados menos adaptativos.

13.4. Implicaciones de las conclusiones

A continuación se describen algunas de las implicaciones que se pueden derivar de las conclusiones que se han mencionado anteriormente.

En primer lugar, desde un punto de vista metodológico es importante señalar que debido a las buenas propiedades psicométricas halladas en los tres estudios, a partir de ahora los instrumentos empleados en esta Tesis podrán ser utilizados en su versión rumana tanto en España como en Rumania. Por ejemplo, en nuestro país, en la Encuesta Nacional de Salud se podrán emplear las traducciones al rumano del GHQ-12 y Duke-UNC-11 para la población migrante residente en España.

Por otro lado, al desagregar los datos por sexos se ha podido observar que las mujeres tienen peor salud que los hombres, pero mejores hábitos de vida saludables. La socialización de género interviene a la hora de modificar las conductas saludables, el empleo de fármacos y la presencia o el reconocimiento de algunas enfermedades. El conocimiento derivado de esta investigación se puede utilizar en los programas de salud y en las actividades de promoción de la salud.

Se ha visto que en la práctica, la reestructuración cognitiva funciona para modificar los patrones de género (Hensley, Nadiga y Uhleuhuth, 2004). El objetivo de estas técnicas es el de cambiar los patrones de género que intervienen en las conductas de salud, tanto en mujeres como en hombres (Mahalik, 1999; Mahalik y Morrison, 2006). De esta forma, se pretende abordar el tema de la prevención con el fin de reducir las conductas de riesgo y aumentar los comportamientos que promueven la salud.

La perspectiva de género también es importante en el estudio de las migraciones y a la hora de diseñar programas de intervención con población migrante. En un determinado momento histórico coexisten diferentes masculinidades y feminidades (Connell, 1996) y, a la población migrante, aunque viva en España, puede que se le apliquen diferentes normas de género. En este caso, se tiene que tener en cuenta tanto la conformidad con las normas de género de las propias personas, pero también las presiones ejercidas desde el exterior que tienen que ver con el país de origen, pero también con el país receptor con el fin de adoptar unos determinados roles de género.

14. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Los tres estudios presentados en la segunda parte de esta tesis doctoral, la Investigación Empírica, tenían diferentes objetivos. En los dos primeros estudios se han analizado las características psicométricas de los instrumentos de evaluación. En el segundo estudio, en primer lugar, se han analizado las diferencias en salud, género, personalidad y aculturación entre rumanas/os migrantes y no migrantes. En segundo lugar, se han analizado las relaciones entre salud y género, personalidad y estrategias de aculturación. En el capítulo anterior se han descrito las conclusiones y la discusión, pero hay que tener en cuenta que la investigación presenta algunas limitaciones.

En primer lugar, una de las primeras limitaciones se refiere al tipo de muestra. Los datos de los tres estudios se han obtenido a través de la técnica “bola de nieve”. No se puede considerar que la muestra sea representativa de la población rumana (que vive en Rumania o ha migrado a España). Además, la recogida de datos se ha llevado a cabo tal como se ha presentado en esta investigación: en primer lugar se han obtenido los datos correspondientes a las/os rumanas/os migrantes residentes en España; en segundo lugar, los datos correspondientes a las/os rumanas/os residentes en Rumania y, por último, las/os migrantes que viven en España. Aunque la recogida de datos se ha llevado a cabo teniendo en cuenta los aspectos metodológicos, la muestra de rumanos/as recogida en Rumania difiere de la muestra de rumanas/os migrantes en las características sociodemográficas. En el primer estudio, los/as participantes son, en su mayoría de Bucarest mientras que en el segundo estudio, las/os participantes son originarios de muchas otras ciudades. De todas formas, por las características de los estudios, equiparar a las/os migrantes con el grupo de participantes de Rumania, hubiera implicado un mayor coste económico y humano a la hora de recoger los datos.

Otra limitación se refiere a los instrumentos utilizados. Aunque los resultados de los análisis psicométricos son, en general buenos, se deben analizar detenidamente algunas de las escalas de los cuestionarios empleados. Por ejemplo, en el caso del GHQ-12, los índices de fiabilidad son más bajos que los obtenidos en otros estudios aunque se ha visto que la fiabilidad aumenta si esta se analiza a través de otro índice diferente al alfa de Cronbach. De la misma forma, la escala Modestia del CFNI obtiene un valor alfa de Cronbach bajo. Asimismo, la escala Dominancia del CMNI también tiene índices bajos de fiabilidad aunque este dato se repite en múltiples investigaciones (Liu y

Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2003, Mahalik y Rochlen, 2006; Tager y Good, 2005). Tal como se ha visto en los AFE, esto indica que la estructura factorial de las escalas, es diferente. En cuanto al MIPS, se tienen que estudiar los ítems que componen las escalas 5B-Intuición y 7B-Innovación para observar si las diferencias se deben a los factores culturales o cuestiones relacionadas con la comprensión en rumano. Por lo que, con respecto a los instrumentos, las futuras líneas de investigación tienen como objetivo seguir el proceso de adaptación de estos instrumentos, aumentando el número de participantes de otras zonas del país para tener una mayor representatividad de la muestra.

Cabe destacar que en este estudio no se puede concluir que las diferencias en estilos de personalidad entre rumanos/as migrantes y rumanos/as se pueden interpretar como posibles consecuencias de la migración. Tampoco se puede concluir que dichas diferencias existían en un principio debido a que la edad es un factor que modifica los estilos de personalidad. Al igual que en el caso de todas las demás variables, no se pueden establecer relaciones causa-efecto en las variables estudiadas. El hecho de ser una investigación de corte transversal, en la que se miden relaciones entre varias variables (género y salud, salud y personalidad, salud y aculturación, personalidad y aculturación) en un momento puntual, sin una segunda o tercera medición posterior, es una limitación añadida. Las variables pueden sufrir cambios, pero los cambios acontecidos solo se pueden recoger si se lleva a cabo un estudio longitudinal.

En cuanto a la medición de la salud, el empleo del autoinforme se considera otra limitación para valorar el estado de salud. En futuros estudios sería aconsejable emplear otros métodos objetivos a la hora de medir la salud, como por ejemplo las constantes vitales o pruebas que confirmen el diagnóstico de enfermedades, etc.

Para superar las limitaciones de una investigación realizada desde un enfoque exclusivamente cuantitativo, en el futuro, sería recomendable realizar una investigación con un diseño cualitativo a la hora de estudiar las variables que tienen que ver con el género y la salud física y psicológica. De esta forma, en el caso de las/os migrantes, se podría estudiar cómo perciben las normas de género masculinas/femeninas que tenían en Rumania y cómo estas han ido cambiando después de la llegada a España. Asimismo, se pueden estudiar posibles factores de acercamiento o rechazo de las normas de género masculinas/femeninas de nuestro país. En cuanto al tema de la salud física y psicológica, al ser un tema tan complejo, un análisis cualitativo enriquecería los datos numéricos. También podría aportar datos que no se han tenido en cuenta en otros

estudios por ser específicos a un cierto colectivo de migrantes que reside, en este caso, en España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraído-Lanza, Ana F., Dohrenwend, Bruce P., Ng-Mak, Daisy S. y Turner, J. Blake (1999). The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1543–1548. doi:10.2105/ajph.89.10.1543.
- Actis, Walter, Pereda, Carlos y de Prada, Miguel Ángel (2004). *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década*. Madrid: Colectivo IOÉ.
- Addis, Michael E. y Mahalik, James R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. doi:10.1037/0003-066x.58.1.5.
- Adler, Nancy E., Boyce, Thomas, Chesney, Margaret A., Cohen, Sheldon, Folkman, Susan, Kahn, Robert L. y Syme, S. Leonard (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. doi:10.1037/0003-066x.49.1.15.
- Alcalde, Rosa, Garcia, Cristina, Moreno, Raquel y Ramírez, Marta (2002). Las mujeres marroquíes en Cataluña: entre la transgresión y el cambio. *Revista Catalana de Sociologia*, 18, 27-44.
- Allik, Jüri y McCrae, Robert R. (2004). Toward a geography of personality traits: Patterns of profiles across 36 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35, 13-28. doi:10.1177/0022022103260382.
- Almeida, Joanna, Johnson, Renee M., Matsumoto, Atsushi y Godette, Dionne C. (2012). Substance use, generation and time in the United States: The modifying role of gender for immigrant urban adolescents. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2069–2075. doi:10.1016/j.socscimed.2012.05.016.
- American Psychological Association (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: Autor.
- Anderson, Elijah (1994). The code of the streets. *Atlantic Monthly*, 273, 81–94.
- Andrei, Tudorel, Tusa, Erika y Herteliu, Claudiu (2006). Percepția discriminării de gen la nivelul populației educate tinere din România-o abordare cantitativă. *Journal for the Study of Religions and Ideologies*, 5(14), 51-62.

- Anson, Jon (2004). The migrant mortality advantage: A 70 month follow-up of the Brussels population. *European Journal of Population*, 20(3), 191–218. doi:10.1007/s10680-004-0883-1
- Aparicio, Rosa, Santamarina, Cristina, Herranz, Diego y Tornos, Andrés (2012). *Las relaciones de género en la actual población extranjera inmigrada a España*. Madrid: Fundación Instituto de Investigación José Ortega y Gasset.
- Aparicio-García, Marta E. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según cultura y/o nación. En M. P. Sánchez-López y M. M. Casullo (Eds.), *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 171-192). Madrid: Miño y Dávila.
- Aparicio-García, Marta E. (2001). *Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Aparicio-García, Marta E. y Sánchez-López, María del Pilar (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad. *Anales de Psicología*, 15(2), 191-211.
- Arias, E., Anderson, R.N., Kung, H.C., Murphy, S.L. y Kochanek, K.D. (2003). Deaths: Final data for 2001. *National Vital Statistics Reports*, 53, 1-115.
- Artazcoz, Lucía, Moya, Carmela, Vanaclocha, Hermelinda y Pont, Pepa (2004). La salud de las personas adultas. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 56–68. doi:10.1157/13062252.
- Austad, Steven N. (2006). Why women live longer than men: Sex differences in longevity. *Gender Medicine*, 3(2), 79–92. doi:10.1016/s1550-8579(06)80198-1
- Ávila-Espada, Alejandro y Herrero, Jesús R. (1995). La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6(2), 131-159.
- Baban, Adriana (2003). Construcția socială a sexualității masculine. En I. Baluta e I. Cîrstocea (Eds.), *Direcții și teme de cercetare în studiile de gen din România* (pp. 179-200). Bucarest: Colegiul Noua Europa.
- Baker, Nancy L. y Mason, Janelle L. (2009). Gender issues in psychological testing of personality and abilities. En J. C. Chrisler y D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology* (Vol. 2.), 63–88, Springer: New York doi:10.1007/978-1-4419-1467-5_4
- Ballesta, Mónica y Gotsens, Mercè (2014). Utilizacion de fármacos En D. Malmusi y M. Gotsens (Coord.), *Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la*

- población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. (pp. 82-88). CIBERESP, 2014.
- Baluja, Kaari F. (2002). *Gender roles at home and abroad: The adaptation of Bangladeshi immigrants*. New York: Lfb Scholarly Publishing Llc.
- Barberá, Esther (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Baron-Cohen, Simon (2003). *The essential difference: The truth about the male and female brain*. New York: Basic Books.
- Banks, James, Marmot, Michael, Oldfield, Zoe y Smith, James P. (2006). Disease and Disadvantage in the United States and in England. *The Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2037. doi:10.1001/jama.295.17.2037
- Basabe, Nekane, Páez, Darío, Aierdi, Xabier y Jiménez-Aristizabal, Amaia (2009). *Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida*. Guipuzkoa: ITXAROPENA, S.A.
- Basabe, Nekane, Zlobina, Anna y Páez, Darío (2004). Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. *Cuadernos Sociológicos Vascos*, 15. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Baum, Andrew y Grunberg, Neil E. (1991). *Gender, stress, and health*. *Health Psychology*, 10(2), 80–85. doi:10.1037/0278-6133.10.2.80
- Bayne-Smith, Marcia (1996). *Race, Gender, and Health*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Benach, Joan, Tarafa, Gemma y Muntaner, Carles (2012). El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 80–82. doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.001
- Benet-Martinez, Verónica y Karakitapoglu-Aygun, Zahide (2003). The interplay of cultural syndromes and personality in predicting life satisfaction: comparing Asian Americans and European Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(1), 38–60. doi:10.1177/0022022102239154
- Benmayor, Rina y Skotnes, Andor (2005). Some reflections on migration and identity. En R. Benmayor y A. Skotnes (Eds.), *Migration and Identity* (pp. 1-18). New Jersey: Transaction Publishers.
- Bernat, Joan S., Agost, María R., Fuertes Ana María, Montañes, Cristina, Bucur, Ramona y Soto, Grisela (2010). *Estudio del capital social a partir de las redes sociales y su contribución al desarrollo socioeconómico: el colectivo de*

- inmigrantes rumanos en la provincia de Castellón*. Cuadernos de Investigación, Nº 13, Ceimigra, Tirant lo Blanc, Valencia.
- Bem, Sandra L. (1993). *The lenses of gender: transforming the debate on sexual inequality*. New Haven and London: Yale University Press.
- Bem, Sandra L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155–162. doi:10.1037/h0036215
- Bernárdez, Asunción (2005). La publicidad como contrato comunicativo. En B. López Dóriga (Ed.), *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Berry, John W. (2006). Stress perspectives on acculturation. En D. Sam y J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 43-57). New York: Cambridge University Press.
- Berry, John W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-68.
- Berry, John W. (1991). Managing the process of acculturation for problem prevention. En J. Westermeyer, C. L. Williams y A. N. Nguyen (Eds.), *Mental health services for refugees* (pp. 189-204). Washington: US Government Publishing House.
- Berry, John W. (1990). Psychology of acculturation. En J. J. Berman (Ed.), *Nebraska Symposium on motivation, 1989: cross-cultural perspectives* (pp. 457–488). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Berry, John W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. En A. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: Westview Press.
- Berry, John W. (1974). Psychological aspects of cultural pluralism: Unity and identity reconsidered. En R. Brislin (Ed.), *Topics in culture learning* (pp.17-22). Honolulu, HI: East-West Culture Learning Institute.
- Berry, John W. y Kim, Uichol (1988). Acculturation and mental health. En P. R. Dasen, J. W. Berry y N. Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology: Towards applications* (pp. 207–236). London: Sage.
- Berry, John W., Kim, Uichol, Power, Simon, Young, Marta y Bujaki, Merridee (1989). Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology*, 38(2), 185-206. doi:10.1111/j.1464-0597.1989.tb01208.x

- Berry, John W. y Sam, David L. (1997). Acculturation and adaptation. En J.W. Berry et al. (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology, Vol. III: Social behaviour and applications* (pp. 291-326). Boston: Allyn & Bacon.
- Berry, John, Phinney, Jean, Sam, David y Vedder, Paul (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology*, 55(3), 303–332. doi:10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x
- Berzins, Juris I., Welling, Martha A. y Wetter, Robert E. (1978). A new measure of psychological androgyny based on the Personality Research Form. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 126–138. doi:10.1037/0022-006x.46.1.126
- Bhugra, Dinesh (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. doi:10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x
- Biddle, Nicholas, Kennedy, Steven y McDonald, James T. (2007). Health assimilation patterns amongst Australian immigrants. *Economic Record*, 83(260), 16–30. doi:10.1111/j.1475-4932.2007.00373.x
- Bilecen, Başak y Tezcan-Güntekin, Hürrem (2014). Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants, Bielefeld. *Working Papers – Center on Migration, Citizenship and Development*, 127, 3-22.
- Birman, Dina y Tran, Nellie (2008). Psychological distress and adjustment of Vietnamese refugees in the United States: Association with pre- and postmigration factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(1), 109–120. doi:10.1037/0002-9432.78.1.109
- Blanco, Pilar L., Ruiz-Jarabo Quemada, Consuelo, García de Vinuesa, Leonor y Martín-García, Mar (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(supl. 1), 182-188.
- Blazina, Chris y Watkins, C. Edward, Jr. (1996). Masculine gender role conflict: Effect on college men’s psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes toward help-seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 461–465. doi: 10.1037//0022-0167.43.4.461
- Bohan, Janis S. (2002). Sex differences and/in the self: classic themes, feminist variations, postmodern challenges. *Psychology of Women Quarterly*, 26(1), 74-88. doi:10.1111/1471-6402.00045.
- Boneva, Bonka S. y Frieze, Irene H. (2001). Toward a concept of a migrant personality. *Journal of Social Issues*, 57(3), 477–491. doi:10.1111/0022-4537.00224.

- Boneva, Bonka S., Frieze, Irene H., Ferligoj, Anuska, Jarošová, Eva, Pauknerová, Daniela y Orgocka, Aida (1997). East-West European migration and the role of motivation in emigration desires. *Migracijske Teme*, 13(4), 335–361.
- Boneva, Bonka S., Frieze, Irene H., Ferligoj, Anuska, Jarošová, Eva, Pauknerová, Daniela y Orgocka, Aida (1998). Achievement, power, and affiliation motives as clues to (e)migration desires: A four-countries comparison. *European Psychologist*, 3(4), 247–254. doi:10.1027/1016-9040.3.4.247
- Bonilla-Campos, Amparo y Casto-Solano, Alejandro (2000). Estilos diferenciales de personalidad según sexo en población española y argentina. En M. P. Sánchez-López y M. M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 101-131). Madrid: Miño y Dávila.
- Borrell, Carme y Artazcoz, Lucia (2007). 5a. Monografía. *Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.
- Borrell, Carme y Benach, Joan (2005). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterranea.
- Bosdriesz, Jizzo R., Mehmedovic, Selma, Witvliet, Margot I. y Kunst, Anton E. (2014). Socioeconomic inequalities in smoking in low and mid income countries: positive gradients among women? *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 14. doi:10.1186/1475-9276-13-14
- Bourhis, Richard Y. (2001). Acculturation, language maintenance, and language shift. En J. Klatte-Folmer y P. V. Avermaet (Eds.), *Theories on maintenance and loss of minority languages* (pp. 5-37). Münster/New York: Waxmann Verlag.
- Bourhis, Richard Y., Moïse, Lena C., Perreault, Stephane y Senécal, Sacha (1997). Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369–386. doi:10.1080/002075997400629
- Brabete, Andreea y Gruia, Arina (2013). La segunda generación de europeos del Este en España, bajo la mirada móvil de los progenitores. *Revista de Estudios Europeos*, 62, 143-162.
- Brabete, Andreea C., Sánchez-López, María del Pilar, Dresch, Virginia, Cuéllar-Flores, Isabel y Rivas-Diez, Raquel (2013). Gender issues implications on health. En P. B. Harris (Ed.), *Health Behavior: New Research* (pp. 81-102). New York: Novinka.

- Bradatan, Cristina y Dumitru Sandu (2012). Before crisis: gender and economic outcomes of the two largest immigrant communities in Spain. *International Migration Review*, 46(1), 221–243. doi:10.1111/j.1747-7379.2012.00885.x
- Brannon, Robert y Juni, Samuel (1984). A scale for measuring attitudes toward masculinity. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 14, 6. (Ms. 2012). *Psychological Documents*, 14, 6–7.
- Briceño-León, Roberto (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño-León, M. de Souza y C. Coimbra (Eds.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brown, Julia S. y McCreedy, Margaret (1986). The hale elderly: Health behavior and its correlates. *Research in Nursing & Health*, 9(4), 317–329. doi:10.1002/nur.4770090409
- Bucur, Ramona (2012). *Redes migratorias rumanas en España. Estrategias y territorios de vida en Castellón de la Plana (Comunidad Valenciana)* (Tesis doctoral). Universitat Jaume I y Universidad de Angers de Francia, Castellón de la Plana y Angers.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012). Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung Migrationsbericht 2012. Disponible en: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2012.pdf?__blob=publicationFile
- Burin, Mabel, Moncarz, Esther y Velázquez, Susana (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burón, Andrea (2012). Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Buss, David M. (1995). Psychological sex differences: Origins through sexual selection. *American Psychologist*, 50(3), 164–168. doi: 10.1037/0003-066X.50.3.164.
- Byram, Michael. (2000). *Encyclopedia of language teaching and learning*. London: Routledge.
- Cachón, Lorenzo (2009). *La España inmigrante: marco discriminatorio, mercado de trabajo y políticas de integración*. Barcelona: Antrophos.
- Caligiuri, Paula (2000). The Big Five personality characteristics as predictors of expatriate's desire to terminate the assignment and supervisor-rated

- performance. *Personnel Psychology*, 53(1), 67–88. doi: 10.1111/j.1744-6570.2000.tb00194.x
- Calvo-Buezas, Tomás (1997). Inmigración, cultura y salud. *Ofrim suplementos*, 1. 95-110.
- Camperio, Andrea S., Capiluppi, Claudio, Veronese, Antonio y Sartori, Giuseppe (2007). The adaptive value of personality differences revealed by small island population dynamics. *European Journal of Personality*, 21(1), 3–22. doi:10.1002/per.595
- Campani, Giovanna y Catani, Maurizio (1985). Les réseaux associatifs italiens en France et les jeunes. *Revue Européenne des Migrations Internacionales*, 1(2), 143-160. doi:10.3406/remi.1985.986
- Cannon, Walter B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton
- Caplan, Susan (2007). Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 8(2), 93-106.
- Carmona, Luz D., Rozo, Claudia M. y Mogollón, Amparo S. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77.
- Carrasco-Garrido, Pilar, De Miguel, Ángel G., Barrera, Valentin H. y Jimenez-Garcia, Rodrigo (2007). Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *The European Journal of Public Health*, 17(5), 503–507. doi:10.1093/eurpub/ckl279
- Casal, Marta y Mestre, Ruth (2002). Migraciones femeninas. En J. de Lucas, J. y F. Torres (Eds.). *Inmigrantes: ¿cómo los tenemos? Algunos desafíos y (malas) respuestas* (pp. 120-167). Madrid: Talasa Ediciones, S.L.
- Case, Anne y Paxson, Christina H. (2005). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *Demography*, 42(2), 189–214. doi:10.1353/dem.2005.0011
- Castro-Solano, Alejandro y Casullo, María M. (2002). Predictores del rendimiento académico y militar de cadetes argentinos. *Anales de psicología*, 18(2), 247-259.
- Catalano, Ralph, Goldman-Mellor, Sidra, Saxton, Katherine, Margerison-Zilko, Claire, Subbaraman, Meenakshi, LeWinn, Kaja y Anderson, Elizabeth (2011). The health effects of economic decline. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 431-450. doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101146

- Catarino, Christine y Oso, Laura (2000). La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza. *Papers*, 60, 183-207.
- Catarino, Christine y Morokvasic, Mirjana (2005). Femmes, genre, migration et mobilités. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 21(1), 7-27. doi:10.4000/remi.2534
- Caulford, Paul y Vali, Yasmin (2006). Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 174(9), 1253-1254. doi:10.1503/cmaj.051206
- Charmaz, Kathy (1995). Identity dilemmas of chronically ill men. En D. Sabo y D. Gordon (Eds.), *Research on Men and Masculinities Series: Men's health and illness: Gender, power, and the body* (pp. 266-292). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243757.n13>
- Chen, Juan (2011). Internal migration and health: Re-examining the healthy migrant phenomenon in China. *Social Science & Medicine*, 72(8), 1294-1301. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.016
- Chen, Xinguang, Unger, Jennifer B., Cruz, Tess B. y Johnson, C. Anderson (1999). Smoking patterns of Asian-American youth in California and their relationship with acculturation. *Journal of Adolescent Health*, 24(5), 321-328. doi:10.1016/s1054-139x(98)00118-9
- Chesler, Phyllis (1972). *Women and madness*. New York: Four Walls Eight Windows.
- Chua, Peter y Fujino, Diane C. (2007). Negotiating New Asian-American Masculinities: Attitudes and Gender Expectations. *The Journal of Men's Studies*, 7(3), 391-413. doi: 10.3149/jms.0703.391
- Chun, Kevin M., Balls-Organista, Pamela y Marín, Gerardo (2003). *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10472-000
- Chytкова, Zuzana (2011). Consumer acculturation, gender, and food: Romanian women in Italy between tradition and modernity. *Consumption Markets & Culture*, 14(3), 267-291. doi:10.1080/10253866.2011.574827
- Cîrstocea, I. (2003). Conceptul de gen o categorie utilă pentru analiza socio-istorică a regimului comunist din România. En I. Baluta e I. Cîrstocea (Eds.), *Direcții și teme de cercetare în studiile de gen din România* (pp. 95-143). Bucurest: Colegiul Noua Europa.

- Colegiul Medicilor din România (2011). *Comunicat de presă*. Disponible en: <http://www.cmr.ro/comunicat-de-presa-11/>
- Collazos, Francisco, Qureshi, Adil y Malmusi, Davide (2014). Salud Mental. En D. Malmusi y M. Gotsens (Coord.). *Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012* (pp. 30-37). CIBERESP, 2014.
- Colodro-Conde, Lucía, Limiñana-Gras, Rosa M. y Ordoñana, Juan R. (2014). Estilos de personalidad y adaptación psicológica en la toma de decisiones sobre lactancia en mujeres primíparas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 38(2), 155-179.
- Colom, Agustí (2012). La crisis económica española: orígenes y consecuencias. Una aproximación crítica. En: *XIII Jornadas de Economía Crítica: Los costes de la crisis y alternativas en construcción*. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec13/Ponencias/politica%20economica%20y%20construccion%20europea/La%20crisis%20economica%20espanola.pdf>
- Colombo, Asher D. (2007). "They call me a housekeeper, but I do everything." Who are domestic workers today in Italy and what do they do? *Journal of Modern Italian Studies*, 12(2), 207–237. doi:10.1080/13545710701298258
- Comisia Nationala de Prognostica (2007). *Evolutia sectorului privat*. Disponible en: <http://www.cnp.ro/user/repository/13d8770e862eb522b62f.pdf>
- Comisión Europea (2011). *Informe de la Comisión Europea sobre el impacto de la movilidad de los trabajadores búlgaros y rumanos en la economía de la Unión Europea*. Disponible en: <https://cdecomunidaddemadrid.wordpress.com/2011/11/14/informe-de-la-comision-europea-sobre-el-impacto-de-la-movilidad-de-los-trabajadores-bulgaros-y-rumanos-en-la-economia-de-la-union-europea/>
- Conde, Fernando (2000). *El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias*. Serie Estudios nº 65. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Connell, Raewyn (2005). *Masculinities*. Berkeley: Univ of California Press.
- Connell, Raewyn (1996). Teaching the boys: New research on masculinity and gender strategies for schools. *Teachers College Record*, 98(2), 206-235.

- Connell, Raewyn (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Raewyn W. y Messerschmidt, James (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859. doi:10.1177/0891243205278639
- Costa, Paul T., Jr. y McCrae, Robert R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI–R) and NEO Five–Factor Inventory (NEO–FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, Paul, Jr., Terracciano, Antonio y McCrae, Robert R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322
- Cott, Cheryl A., Gignac, Monique A. y Badley, Elizabeth M. (1999). Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(11), 731–736. doi:10.1136/jech.53.11.731
- Cots, Francesc, Castells, Xavier, García, Oscar, Riu, Marta, Felipe, Aida y Vall, Oriol (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7, 9-17, doi:10.1186/1472-6963-7-9
- Cots, Francesc, Ollé, Carmer, Varela, Jordi, Castells, Xavier, Manzanera, R. y Vall, Oriol (2002). Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16(5), 376–384. doi:10.1016/s0213-9111(02)71946-8
- Courtenay, Will H. (2000a). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9, 81-142. doi:10.3149/jms.0901.81
- Courtenay, Will H. (2000b). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1(1), 4-15. doi: 10.1037//1524-9220.1.1.4
- Crawford, Mary y Chaffin, Roger (1997). The meanings of difference: cognition in social and cultural context. En P. Caplan, M. Crawford, J. Hyde y J. T. Richardson (Eds.), *Gender differences in human cognition* (pp. 81–130). New York: Oxford University Press.

- Crooks, Valorie A., Hynie, Michaela, Killian, Kyle, Giesbrecht, Melissa y Castleden, Heather (2009). Female newcomers' adjustment to life in Toronto, Canada: sources of mental stress and their implications for delivering primary mental health care. *Geo Journal*, 76(2), 139–149. doi:10.1007/s10708-009-9287-4
- Cuéllar-Flores, Isabel y Sánchez-López, María del Pilar (2011). Masculinity: How can be made operative and its use in health. En M. E. Harrison y P. W. Schnarrs (Eds), *The 17th Annual American Men's Studies Association Conference Proceedings* (pp. 160-180). Harriman, Tennessee: Men's Studies Press, LLC.
- Da, Wei-Wei (2004). A Regional Tradition of Gender Equity: Shanghai Men in Sydney, Australia. *The Journal of Men's Studies*, 12(2), 133–149. doi:10.3149/jms.1202.133
- Davidovic, Sanja (2009). Female Romanian Migratory Labor in Spain: The Characteristics of „Otherness“. *Intersections*, 10(1), 681-707.
- Davis, Roger D. (1999). Millon: essentials of his science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352. doi:10.1207/s15327752jp720302
- De D. Uriarte, Juan (2013). La percepción por la sociedad de los efectos psicoeducativos de la migración femenina dominicana en los hijos que quedan atrás. *Migraciones*, 33, 155-176.
- De La Rosa, Mario, Dillon, Frank R., Sastre, Francisco y Babino, Rosa (2013). Alcohol Use among Recent Latino Immigrants Before and After Immigration to the United States. *The American Journal on Addictions*, 22(2), 162–168. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00310.x
- Díaz Gorfinkiel, Magdalena (2011). Migrant Domestic Work and Changes in the Ideas of Childcare. *Journal of Comparative Family Studies*, 42(5), 739-749.
- Díaz-Morales, Juan F. y Castro-Solano, Alejandro (2000). Estilos diferenciales de personalidad según edad en población española y argentina. En M.P. Sánchez-López y M. M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 133-169). Madrid: Miño y Dávila.
- Dion, Karen K. y Dion, Kenneth L. (2001). Gender and Cultural Adaptation in Immigrant Families. *Journal of Social Issues*, 57(3), 511–521. doi: 10.1111/0022-4537.00226

- Domínguez-Mujica, Josefina, Guerra-Talavera, Raquel, & Parreño-Castellano, Juan Manuel (2012). Migration at a Time of Global Economic Crisis: The Situation in Spain. *International Migration*, 52(6), 113–127. doi:10.1111/imig.12023
- Doyle, Jim A. y Moore, Robert J. Attitudes toward the Male's Role Scale (AMR) (1978). An objective instrument to measure attitudes toward the male's sex role in contemporary society. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 35. (Ms. 1678).
- Dresch, Virginia (2007). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Dresch, Virginia, Sánchez-López, María del Pilar y Aparicio-García, Marta E. (2005). El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en Brasil. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 19(1), 9-29.
- Eagly, Alice H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eap, Sopagna, DeGarmo, David S., Kawakami, Ayaka, Hara, Shelley N., Hall, Gordon C. N. y Teten, Andra L. (2008). Culture and personality among European American and Asian American men. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(5), 630–643. doi:10.1177/0022022108321310
- Emmons, Robert A. (1997). Motives and life goals. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 485–512). New York: Academic.
- Erel, Umul, Morokvasic, Mirjana y Shinozi, Kyoko (2003). Introduction. Bringing gender into migration. En M. Morokvasic- Müller, U. Erel y K. Shinozaki (Eds), *Crossing Borders and Shifting Boundaries: Vol. I: Gender on the Move: 1* (Schriftenreihe der internationalen Frauenuniversität "Technik und Kultur")
- Este, David C. y Tachble, Admasu (2011). The fatherhood experiences of Sudanese and Russian Newcomer Men: Challenges to their health and well-being. En D. Spitzer (Ed.), *Engendering migrant health: Canadian perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.
- Etiler, Nilay y Lordoglu, Kuvvet (2012). Health issues of immigrant women: A qualitative study of domestic services in Turkey. *SEER*, 109–121. doi:10.5771/1435-2869-2012-1-109

- European Union (2011). *The State of Men's Health in Europe*. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_report_en.pdf
- EUROSTAT (2014). *Minimum wages*. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00155>
- EUROSTAT (2014). *Number of migrants in Europe*. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-031/EN/KS-SF-12-031-EN.PDF
- Eysenck, Hans J. (1978). Superfactors P, E and N in A Comprehensive Factor Space. *Multivariate Behavioral Research*, 13(4), 475–481. doi: 10.1207/s15327906mbr1304_7
- Eysenck, Hans J. (1959). *Manual for the Maudsley Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Fernández, Juan (2011). Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica. *Psicothema*, 23(2), 167–172.
- Fernández, Juan, Quiroga, María Ángeles, Del Olmo, Isabel y Rodríguez, Antonio (2007). Escalas de masculinidad y feminidad: estado actual de la cuestión. *Psicothema*, 19(3), 357-365.
- Feingold, Alan (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 429–456. doi: 10.1037/0033-2909.116.3.429.
- Finch, Brian K., Frank, Reanne y Vega, William A. (2004). Acculturation and Acculturation Stress: A Social-Epidemiological Approach to Mexican Migrant Farmworkers' Health. *International Migration Review*, 38, 236–262. doi: 10.1111/j.1747-7379.2004.tb00195.x
- Foamte-Ducu, Viorela. 2011. *Strategies of Transnational Motherhood: The Case of Romanian Women* (Tesis doctoral). Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca.
- Finch, Brian K., Hummer, Robert A., Reindl, Maureen y Vega, William A. (2002). Validity of Self-rated Health among Latino(a)s. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), 755–759. doi:10.1093/aje/155.8.755
- Fink, George (2009). Stress: Definition and History. *Encyclopedia of Neuroscience*, 549–555. doi:10.1016/b978-008045046-9.00076-0
- Furukawa, Toshiaki (1997). Sojourner readjustment: mental health of international students after one year's foreign sojourn and its psychosocial correlates. *Journal*

- of Nervous & Mental Disease*, 185(4), 263-263. doi:10.1097/00005053-199704000-00007
- Gal, Susan y Kligman, Gail. (2000). *The Politics of Gender After Socialism. A Comparative-Historical Essay*. Princeton University Press: Princeton, New Jersey.
- Gallup Organization Romania (2000). *Barometrul de gen*. București: Open Society Foundation.
- García-Campayo, Javier y Sanz Carrillo, Concepción (2000). New indices for transcultural comparison in somatization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45,199.
- García-Gómez, Pilar (2007). Salud y utilización de los recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autónoma. *Presupuesto y Gasto Público*, 49(4), 67–86.
- García-Gómez, Pilar y Oliva, Juan (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gaceta Sanitaria*, 23, 38–46. doi:10.1016/j.gaceta.2009.09.008
- García-Subirats, Irene, Vargas, Ingrid y Vázquez, María Luisa (2014). Acceso y utilización de los servicios de salud. En D. Malmusi y M. Gotsens (Coord.), *Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012* (pp. 88-105). CIBERESP, 2014.
- Gheorghe, Manuela (2004). *Religie si schimbare sociala în România*. Iași: Editura Fundatiei Axis.
- Gheorghiu, Elena Iulia (2003). Religiozitate si crestinism în România postcomunista. *Sociologie Românească*, 3, 102-121.
- Gili, Margalida, García-Campayo, Javier y Roca, Miquel (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104–108. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- Gili, Margalida, Roca, Miquel, Basu, Sanjay, McKee, Martin y Stuckler, David (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. doi:10.1093/eurpub/cks035
- Giménez, Carlos (1997). *Guía sobre Interculturalidad*. Guatemala: PNUD.

- Globerman, Steven (1998). *Immigration and health care utilization patterns in Canada. Research on Immigration and Integration in the Metropolis*. Working Paper Series #98-08.
- Goldberg, Chad A. (2012). Robert Park's Marginal Man: The Career of a Concept in American Sociology. *Laboratorium: Russian Review of Social Research* 4(2), 199-217.
- Good, Glenn E., Robertson, John M., O'Neil, James M., Fitzgerald, Louise F., Stevens, Mark, DeBord, Kurt, Bartels, Kim M., Braverman, David G. (1995). Male gender role conflict: Psychometric issues and relations to psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 3–10. doi:10.1037/0022-0167.42.1.3
- Gordon, David F. (1995). Testicular cancer and masculinity. En D. Sabo y D. F. Gordon (Eds.). *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body* (pp. 246-264). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gordon, Milton M. (1964). *Assimilation in American life*. New York: Oxford University
- González de Chávez, María A. (1998). *Feminidad y masculinidad: subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Graves, Theodore D. (1967). Psychological acculturation in a tri-ethnic community. *Southwestern Journal of Anthropology*, 23, 337-350.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4ª ed.). New York: Wiley.
- Gruia, Arina (2015). *Estrategias de aculturación, estrés aculturativo y percepción de riesgos psicosociales en el entorno laboral* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Guendelman, Sylvia y Abrams, Barbara (1995). Dietary intake among Mexican-American women: generational differences and a comparison with white non-Hispanic women. *American Journal of Public Health*, 85(1), 20–25. doi:10.2105/ajph.85.1.20
- Güngör, Derya, Bornstein, Marc H., De Leersnyder, Jozefien, Cote, Linda, Ceulemans, Eva y Mesquita, Batja (2012). Acculturation of Personality: A Three-Culture Study of Japanese, Japanese Americans, and European Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 701–718. doi:10.1177/0022022112470749
- Gurak, Douglas y Caces, Fe (1998). Redes migratorias y la formación de sistemas de migración. En G. Malgesini (Ed.), *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial* (pp. 75-110). Barcelona: Icaria.

- Hall, G. Stanley (1904). *Adolescence, Vol. II*. Nueva York: Appleton.
- Halliday, Timothy J. y Kimmitt, Michael C. (2008). Selective migration and health in the USA, 1984–93. *Population Studies*, 62(3), 321–334. doi:10.1080/00324720802339806
- Hare-Mustin, Rachel T. y Marecek, Jeanne (1990). *Making a difference: psychology and the construction of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hargraves, J.Lee y Hadley, Jack (2003). The contribution of insurance coverage and community resources to reducing racial/ethnic disparities in access to care. *Health Services Research*, 38(3), 809–829.
- Heilbrun, Alfred B. (1976). Measurement of masculine and feminine sex role identities as independent dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(2), 183–190. doi:10.1037/0022-006x.44.2.183
- Helms, Janet R. (1990). Introduction: A review of racial identity terminology. En J. E. Helms (Ed.), *Black and White Racial Identity: Theory Research and Identity* (pp. 3-8). Westport, CT: Greenwood Press.
- Hensley, Paula L., Nadiga, Deepa y Uhlenhuth, E. H. (2004). Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 20(1), 1–7. doi:10.1002/da.20022
- Hernández-Quevedo, Cristina y Jiménez-Rubio, Dolores (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine*, 69(3), 370–378. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.005
- Hinojosa, Ramon (2010). Doing Hegemony: Military, Men, and Constructing a Hegemonic Masculinity. *The Journal of Men's Studies*, 18(2), 179–194. doi:10.3149/jms.1802.179
- Hondagneu-Sotelo, Pierrette (1992). Overcoming patriarchal constraints: The Reconstruction of Gender Relations Among Mexican Immigrant Women and Men. *Gender & Society*, 6(3), 393–415. doi:10.1177/089124392006003004
- Hovey, Joseph D. y Magaña, Cristina (2000). Acculturative Stress, Anxiety, and Depression among Mexican Immigrant Farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(3), 119-131.

- Hovey, Joseph D. y King, Cheryl A. (1997). Suicidality among acculturating Mexican Americans: Current knowledge and directions for research. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 27(1), 92-103. doi: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00506.x
- Hu, Dale J. y Covell, Ruth M. (1986). Health Care Usage by Hispanic Outpatients as a Function of Primary Language. *Western Journal of Medicine*, 144(4), 490–493.
- Huber, Machteld, Knottnerus, J. André, Green, Lawrence, van der Horst, Henriëtte, Jadad, Alejandro R... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343:d4163.
- Hudd, Suzanne, Dumlao, Jennifer, Erdmann–Sager, Diane, Murray, Daniel, Phan, Emily, Soukas, Nicholas y Yokozuka, Nori (2000). Stress at college: Effects on health habits, health status and self-esteem. *College Student Journal*, 34, 217-227.
- Hyde, Janet S. (2005). The Gender Similarities Hypothesis. *American Psychologist*, 60(6), 581–592. doi:10.1037/0003-066x.60.6.581
- Iazzo, Anthony N. (1983). The construction and validation of Attitudes Toward Men Scale. *The Psychological Record*, 33(3), 371-378.
- Idler, Ellen L., Russell, Louise B. y Davis, Diane (2000). Survival, Functional Limitations, and Self-rated Health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. *American Journal of Epidemiology*, 152(9), 874–883. doi:10.1093/aje/152.9.874
- Ilie, Cristina (2013). The acculturation of immigrants. Case study: types of acculturation of the Romanian immigrants in Madrid. *International Journal of Business and Social Research (IJBSR)*, 3(2), 84-88.
- Iliescu, Dragos, Ispas, Alexa e Ilie, Alexandra (2007). Psychology in Romania. *The Psychologist*, 20(1), 34-35.
- Im, Hyuk, Lee, Ki Y. y Lee, Hyo Y. (2013). Acculturation Stress and Mental Health Among the Marriage Migrant Women in Busan, South Korea. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 497–503. doi:10.1007/s10597-013-9663-x
- INE (2014). *Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Datos provisionales*. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np838.pdf>
- INE (2010). *Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010*. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/eet_prensa.htm
- INE (2009). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: una monografía*. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=125992495

- 7585&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas
- INS (2014). *România în cifre*. Disponible en: <https://statistici.insse.ro/shop/>
- INS (2014). *Românii din străinătate*. Disponible en: <http://www.recensamantromania.ro/romanii-din-strainatate/>
- INS (2014). *Români emigranți*. Disponible en: <https://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=POP309A>
- INS (2011). *Populația stabilă după principalele religii la Recensământul din anul 2011*. Disponible en: <http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2012/08/TS7.pdf>
- INSTRAW (2005). *Cruzando fronteras: Remesas, género y desarrollo*. República Dominicana: INSTRAW.
- Ispas, Dan, Iliescu, Dragos, Ilie, Alexandra y Johnson, Russell E. (2014). Exploring the Cross-Cultural Generalizability of the Five-Factor Model of Personality: The Romanian NEO PI-R. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(7), 1074–1088. doi:10.1177/0022022114534769
- Izquierdo, Antonio (2003). The favorites of the twenty-first century: latin american immigration in Spain. *Studi Emigrazione* 149, 98-124.
- Jadad, Alejandro R. y O’Grady, Laura (2008). How should health be defined? *British Medical Journal*, 337(1), a2900–a2900. doi:10.1136/bmj.a2900
- Jang, Yuri y Chiriboga, David A. (2009). Living in a Different World: Acculturative Stress Among Korean American Elders. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(1), 14–21. doi:10.1093/geronb/gbp019
- Jansà, Josep M. y García de Olalla, Patricia (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 207–213. doi:10.1157/13062528
- Jennings, Eugene E. (1970). Mobicentric man. *Psychology Today*, 4(2), 34–36.
- Jiménez-Rubio, Dolores y Hernández Quevedo, Cristina (2010). Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 116.e1–116.e8. doi:10.1016/j.gaceta.2009.09.007
- Jiménez-Martín, Sergi y Jorgensen, Natalia (2009). Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 23, 19–24. doi:10.1016/j.gaceta.2009.09.005

- Johnson, Joy, Sharman, Zena, Vissandjée, Bilkis y Stewart, Donna E. (2014). Does a Change in Health Research Funding Policy Related to the Integration of Sex and Gender Have an Impact? *PLoS ONE*, 9(6), e99900. doi:10.1371/journal.pone.0099900
- Jokela, Markus (2009). Personality predicts migration within and between U.S. states. *Journal of Research in Personality*, 43(1), 79–83. doi:10.1016/j.jrp.2008.09.005
- Jokela, Markus, Elovainio, Marko, Kivimäki, Mika y Keltikangas-Järvinen, Liisa (2008). Temperament and Migration Patterns in Finland. *Psychological Science*, 19(9), 831–837. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02164.x
- Juang, Linda P., & Cookston, Jeffrey T. (2009). Acculturation, Discrimination, and Depressive Symptoms among Chinese American Adolescents: A Longitudinal Study. *Journal of Primary Prevention*, 30(3-4), 475–496. doi:10.1007/s10935-009-0177-9
- Juliano, Dolores (2006). Introducción. Género e inmigración. En Harresiak Apurtuz. *Mujeres migrantes, viajeras incansables. Monográfico sobre género e inmigración* (pp. 7-10). Bilbao: Harresiak Apurtuz.
- Kandrack, Mary-Anne, Grant, Karen R. y Segall, Alexander (1991). Gender differences in health related behaviour: Some unanswered questions. *Social Science & Medicine*, 32(5), 579–590. doi:10.1016/0277-9536(91)90293-1
- Kazemipur, Abdolmohammad (2006). The Market Value of Friendship: Social Networks of Immigrants. *Canadian Ethnic Studies*, 38(2), 47-71.
- Keough, Leyla J. (2006). Globalizing 'Postsocialism:' Mobile Mothers and Neoliberalism on the Margins of Europe. *Anthropological Quarterly*, 79(3), 431-461. doi: 10.1353/anq.2006.0036
- Key, Timothy J., Fraser, Gary E., Thorogood, Margaret, Appleby, Paul N., Beral, Valerie, Reeves, Gillian, Burr, Michael L., Chang-Claude, Jenny, Frentzel-Beyme, Rainer, Kuzma, Jan W., Mann, Jim y McPherson, K. (1998). Mortality in vegetarians and non-vegetarians: a collaborative analysis of 8300 deaths among 76,000 men and women in five prospective studies. *Public Health Nutrition*, 1(01). doi:10.1079/phn19980006
- Kim, Nadia Y. (2006). “Patriarchy is So Third World”: Korean Immigrant Women and “Migrating” White Western Masculinity. *Social Problems*, 53(4), 519–536. doi:10.1525/sp.2006.53.4.519

- Kirchengast, Sylvia y Haslinger, Beatrix (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278.
- Kobayashi, Karen M. y Prus, Steven G. (2012). Examining the gender, ethnicity, and age dimensions of the healthy immigrant effect: Factors in the development of equitable health policy. *International Journal for Equity Health*, 11(1), 8. doi:10.1186/1475-9276-11-8
- Kofman, Eleonore (1999). Female 'Birds of Passage' a Decade Later: Gender and Immigration in the European Union. *The International Migration Review*, 33(2), 269-299. <http://dx.doi.org/10.2307/2547698>
- Kofman, Eleonore, Phizaklea, Annie, Raghuram, Parvati y Sales, Rosemary (2001). *Gender and international migration in Europe: employment, welfare and politics (Gender, Racism, Ethnicity)*. Routledge: London.
- Kondo, Naoki, Kawachi, Ichiro, Subramanian, S.V., Takeda, Yasuhisa y Yamagata Zentaro (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health? Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science and Medicine*, 67, 982-987.
- Krieger, Nancy (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections - and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657. doi:10.1093/ije/dyg156
- Krishnan, Ahalya y Berry, John W. (1992). Acculturative Stress and Acculturation Attitudes Among Indian Immigrants to the United States. *Psychology & Developing Societies*, 4(2), 187-212. doi:10.1177/097133369200400206
- Kulik, Liat (1995). The impact of ethnic origin and gender on perceptions of gender roles: The Israeli experience. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 199-214.
- Lara, Marielena, Gamboa, Cristina, Kahramanian, M. Iya, Morales, Leo S. y Hayes Bautista, David E. (2005). Acculturation and latino health in the United States: A review of the literature and its sociopolitical context. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 367-397. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144615
- Lavizzo-Mourey, Risa y Lumpkin, John (2004). From unequal treatment to quality care. *Annals of Internal Medicine*, 141(3), 221. doi:10.7326/0003-4819-141-3-200408030-00011

- Lazaroiu, Sebastian (2003). *More “Out” than “In” at the Crossroads between Europe and the Balkans*. Viena: International Organization for Migration.
- Lazarus, Richard y Folkman, Susan (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, Richard S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGrawHill
- Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. *BOE*, 184, de 2 de agosto de 2011, 87495-87544.
- Leclerc, Felicia B., Jensen, Leif y Biddlecom, Ann E. (1994). Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), 370. doi:10.2307/2137215
- Levant, Ronald F. y Pollack, William S. (1995). *A new psychology of men*. New York: Basic Books.
- Liebkind, Karmela (1996). Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(2), 161–180. doi:10.1177/0022022196272002
- Ling-Ling, Tsai y Sheng-Ping, Li (2004). Sleep patterns in college students: Gender and grade differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(2), 231–237.
- Liu, William M. y Iwamoto, Derek K. (2007). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 25–39. doi:10.1037/1524-9220.8.1.25
- Liu, Cha-Hsuan, Meeuwesen, Ludwien, van Wesel, Floryt y Ingleby, David (2014). Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcultural Psychiatry*, 52(3), 331–352. doi:10.1177/1363461514557887
- Llácer, Alicia, Fernández-Cuenca, Rafael y Martínez-Navarro, Ferrán (2014). Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 97–103. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.015
- López Nicolás, Ángel y Ramos Parreño, José María (2009). Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 23, 12–18. doi:10.1016/j.gaceta.2009.04.007

- Lomsky-Feder, Edna y Rapoport, Tamar (2003). Juggling Models of Masculinity: Russian-Jewish Immigrants in the Israeli Army. *Sociological Inquiry*, 73, 114–137. doi: 10.1111/1475-682X.00043
- Lorber, Judith y Moore, Lisa J. (2002). *Gender and the social construction of illness*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Lu, Yao (2008). Test of the “healthy migrant hypothesis”: A longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 67(8), 1331–1339. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.017
- Lutz, Helma (2010). Gender in the Migratory Process. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(10), 1647–1663. doi:10.1080/1369183x.2010.489373
- Lynn, Richard y Martin, Terence (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *The Journal of Social Psychology*, 137(3), 369–373. doi:10.1080/00224549709595447
- Maalouf, Amin (1999). *Identidades asesinas*. Madrid: Alianza.
- Mahalik, James R. (1999). Incorporating a gender role strain perspective in assessing and treating men’s cognitive distortions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 333-340.
- Mahalik, James R., Locke, Benjamin, Ludlow, Larry, Diemer, Matthew, Scott, Ryan P. J., Gottfried, Michael y Freitas, Gary (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3-25.
- Mahalik, James R., Morray, Elisabeth B., Coonerty-Femiano, Aimée, Ludlow, Larry H., Slattery, Suzanne M. y Smiler, Andrew (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52(7-8), 417-435.
- Mahalik, James R., Lagan, Hugh D. y Morrison, Jay A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(4), 191-202.
- Mahalik, James R. y Morrison, Jay A. (2006). A cognitive therapy approach to increasing father involvement by changing restrictive masculine schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(1), 62-70.
- Mahalik, James R., Burns, Shaun H. y Syzdek, Matthew (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men’s health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201-2209.

- Mahalik, James R., Levi-Minzi, Micól y Walker, Gordon (2007). Masculinity and health behaviors in Australian men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(4), 240-249.
- Malgesini, Graciela y Giménez, Carlos (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Catarata.
- Magnusson, Eva y Marecek, Jeanne (2012). *Gender and Culture in Psychology. Theories and Practices*. doi:10.1017/cbo9781139086318
- Mahler, Sarah J. y Pessar, Patricia R. (2006). Gender Matters: Ethnographers Bring Gender from the Periphery toward the Core of Migration Studies. *International Migration Review*, 40(1), 27–63. doi:10.1111/j.1747-7379.2006.00002.x
- Malmusi, Davide y Gotsens, Mercè (2014). Determinantes sociales de la salud. En D. Malmusi y M. Gotsens (Coord.), *Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012* (pp. 20-29). CIBERESP, 2014.
- Marcela, Lagarde (1996). *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Marcu, Silvia (2013). La movilidad transfronteriza de rumanos en España en tiempos de crisis. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 71(1), 115-141. doi:10.3989/ris.2012.01.18
- Marcu, Silvia (2010). Una nueva geopolítica para las migraciones. *Revista Temas para el Debate*, 182, 46-48.
- Marcu, Silvia (2009). Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid: Estudio cualitativo. *Estudios Geográficos*, LXX(267), 463–489. doi:10.3989/estgeogr.0474
- Marcu, Silvia (2008). Los desajustes entre la formación y el empleo de los inmigrantes. En V. Rodríguez (Coord.), *Inmigración, formación y empleo en la Comunidad de Madrid* (pp. 149-170). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, Consejo Económico y Social.
- Marcu, Silvia (2007). Dinámica y estructura migratoria laboral de rumanos: 1990-2006. Flujos de emigración hacia España, destino Madrid. *Migraciones*, 21(1), 115-157.
- Marcu, Silvia (2005). La frontera Este de la Unión Europea: escenario actual y estrategias de futuro. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 25, 93-114.

- Marcu, Silvia (2004). Rumania: transición postcomunista e integración atlántica. *Cuadernos constitucionales de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol*, 45-46, 113-128.
- Mărginean, Ioan, Precupețu, Iuliana, Dumitru, Mihai, Mihalache, Flavius, Mihăilescu, Adina, Neagu, Gabriela,...Vasile, Marian (2010). *Calitatea vieții în România 2010*. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții.
- Markides, Kyriakos S. y Eschbach, Karl (2011). Hispanic Paradox in Adult Mortality in the United States. *International Handbooks of Population*, 2, 227–240. doi:10.1007/978-90-481-9996-9_11
- Manderbacka, Kristiina, Lahelma, Eero y Martikainen, Pekka (1998). Examining the continuity of self-rated health. *International Journal of Epidemiology*, 27(2), 208–213. doi:10.1093/ije/27.2.208
- Marcos, Luis R. (1976). Bilinguals in psychotherapy: Language as an emotional barrier. *American Journal of Psychotherapy*, 30(4), 552-560.
- Martín-Moreno, José M. (2001). *Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Martínez-Benlloch, Isabel (2004). Diferencia sexual y salud: Un análisis desde las políticas de igualdad de género. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch. *Psicología y Género* (pp. 295- 323). Madrid: Pearson. Educación
- Martínez-Benlloch, Isabel y Bonilla, Amparo (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Martínez-Veiga, Ubaldo (1997). *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España*. Madrid: Editorial Trotta-Fundación.
- Matamala-Barbacid, Pilar y Crespo-Valencia, Agustina (2004). Pacientes inmigrantes en un centro de salud comunitario. *Interpsiquis*.
- Mathers, Colin D., Sadana, Ritu, Salomon, Joshua A., Murray, Christopher J. y Lopez, Alan D. (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *The Lancet*, 357(9269), 1685–1691. doi:10.1016/s0140-6736(00)04824-8
- Månsson, Nils-Ove y RÅstam, Lennart (2001). Self-rated health as a predictor of disability pension and death - A prospective study of middle-aged men. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(2), 151–158. doi: 10.1177/14034948010290020201
- McClelland, David C. (1985). *Human motivation*. Glenview, IL: Scott, Foresman.

- McClelland, David C. (1975). *Power: The inner experience*. New York: John Wiley & Sons.
- McClelland, David C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- McDonough, Peggy y Walters, Vivienne (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52(4), 547–559. doi:10.1016/s0277-9536(00)00159-3
- McCrae, Robert R. y Costa, Paul T., Jr. (1999). A Five–Factor Theory of Personality. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2ª ed.) (pp. 139–153). New York: Guilford Press.
- McCrae, Robert R. y Costa, Paul T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509–516. doi:10.1037/0003-066x.52.5.509
- McCrae, Robert R. y Costa, Paul T., Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical context for the Five–Factor Theory. En J. S. Wiggins (Ed.), *The Five–Factor Model of Personality: Theoretical perspective* (pp. 51–87). New York: Guilford.
- McCrae, Robert R. y Terracciano, Antonio (2005a). Universal features of personality traits from the observer’s perspective: data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547–561.
- McCrae, Robert R. y Terracciano, Antonio (2005b). Personality profiles of cultures: Aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(3), 407–425. doi:10.1037/0022-3514.89.3.407
- McCrae, Robert R., Terracciano, Antonio, Realo, Anu y Allik, Jüri (2007). On the validity of culture-level personality and stereotype scores. *European Journal of Personality*, 21(8), 987–991. doi:10.1002/per.659
- McCrae, Robert R., Yik, Michelle S. M., Trapnell, Paul D., Bond, Michael H. y Paulhus, Delroy L. (1998). Interpreting personality profiles across cultures: Bilingual, acculturation, and peer rating studies of Chinese undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1041–1055. doi:10.1037//0022-3514.74.4.1041
- McKenzie, David y Rapoport, Hillel (2007). Self-selection patterns in Mexico-U.S. migration: The role of migration networks, *Discussion Paper Serie CDP N° 01/07*, Centre for Research and Analysis of Migration, London University College.

- McEwen, Bruce S. y Alves, Stephen E. (1999). Estrogen Actions in the Central Nervous System. *Endocrine Reviews*, 20(3), 279–307. doi:10.1210/er.20.3.279
- Mechanic, David y Cleary, Paul D. (1980). Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9(6), 805–814. doi:10.1016/0091-7435(80)90023-7
- Médicos del Mundo (2014). *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid: Open Society Foundations.
- Meillassoux, Claude (1975). *Femmes, greniers et capitaux*. Paris: Maspero.
- Mena, Francisco J., Padilla, Amado M. y Maldonado, Margarita (1987). Acculturative Stress and Specific Coping Strategies among Immigrant and Later Generation College Students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(2), 207–225. doi:10.1177/07399863870092006
- Miclutia, Ioana, Junjan, Veronica, Popescu, Codruta A. y Tigan, Stefan (2007). Migration, Mental Health and Costs Consequences in Romania. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 109, 43-50.
- Miglietta, Anna y Tartaglia, Stefano (2009). The Influence of Length of Stay, Linguistic Competence, and Media Exposure in Immigrants Adaptation, *Cross Cultural Research* 43(46), doi: 10.1177/1069397108326289
- Millon, Theodore (2004). *Millon Index of Personality Styles, Manual Revised*. Minneapolis: Pearson Assessments.
- Millon, Theodore (1999). *Personality-guided therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Millon, Theodore (1994). *Millon Index of Personality Styles, Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Millon, Theodore (1990). *Toward a new personality: an evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, Theodore (1974). Un método de aprendizaje biosocial. En T. Millon (Ed.), *Psicopatología y Personalidad* (pp. 92-101). México: Interamericana.
- Millon, Theodore (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, Theodore y Davis, Roger D. (2004). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, Theodore y Everly, George S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Millon, Theodore, Everly, George y Davis, Roger D. (1995). ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 6(2), 109-129.
- Mingote, Carlos (2001). La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. AAVV: *II Jornadas de Salud Mental y Género* (pp. 31-44). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>
- Miranda, Alexis O. y Matheny, Kenneth B. (2000). Socio-Psychological Predictors of Acculturative Stress among Latino Adults. *Journal of Mental Health Counseling* 22(4), 306-317.
- Miroiu, Mihaela (2007a). *Morality in Politics and the Politics of Morality. The Neopurification in Romania*. Disponible en: http://www.indiana.edu/~ias/lecture/text/mihaela_lecture.pdf
- Miroiu, Mihaela (2007b). Communism was a State Patriarchy, not State Feminism. *Aspasia*, 1(1), 197–201. doi:10.3167/asp.2007.010110
- Miroiu, Mihaela (2004). State men, Market Women: The Effects of Left Conservatism on Gender Politics in Romanian Transition. *Feminismo/s*, 03, 207-234
- Miroiu, Mihaela (2003). Fețele Patriarhatului. *Journal for the Study of Religions and Ideologies*. Disponible en <http://hiphi.ubbcluj.ro/JSRI>
- Morey, Leslie C., Warner, Megan B. y Boggs, Christina D. (2002). Gender Bias in the Personality Disorders Criteria: An Investigation of Five Bias Indicators. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(1), 55-65.
- Morokvasic, Mirjana (1984). Birds of Passage are also Women... *International Migration Review*, 18(4), 886-907. doi:10.2307/2546066
- Morokvasic, Mirjana (2007). Migración, género y empoderamiento. *Puntos de Vista*, 9, 33-49.
- Morris, James A. y Harrison, Linda M. (2009). Hypothesis: Increased male mortality caused by infection is due to a decrease in heterozygous loci as a result of a single X chromosome. *Medical Hypotheses*, 72(3), 322–324. doi:10.1016/j.mehy.2008.08.027

- Morrison, Peter A. y Wheeler, Judith P. (1976). *The image of 'elsewhere' in the American tradition of migration* (Paper no. 5729). Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Mossey, Jana M. y Shapiro, Evelyn (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808. doi:10.2105/ajph.72.8.800
- Mõttus, René, Pullmann, Helle y Allik, Jüri (2006). Toward More Readable Big Five Personality Inventories. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 149–157. doi:10.1027/1015-5759.22.3.149
- Murray, Greg, Judd, Fiona, Jackson, Henry, Fraser, Caitlin, Komiti, Angela, Hodgins, Gene, Pattison, Pip, Humphreys, John y Robins, Garry (2005). The Five Factor Model and Accessibility/Remoteness: Novel evidence for person–environment interaction. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 715–725. doi:10.1016/j.paid.2005.02.007
- Näre, Lena (2010). Sri Lankan Men Working as Cleaners and Carers: Negotiating Masculinity in Naples. *Men and Masculinities*, 13(1) 65-86. doi: 10.1177/1097184X10382881
- Navas, Marisol, García Fernandez, María del Carmen y Rojas, Antonio J. (2006). Acculturation Strategies and Attitudes of African Immigrants in the South of Spain: Between Reality and Hope. *Cross-Cultural Research*, 40(4), 331–351. doi:10.1177/1069397105283405
- Navas, Marisol, Rojas, Antonio J., García, María y Pumares, Pablo (2007). Acculturation strategies and attitudes according to the Relative Acculturation Extended Model (RAEM): The perspectives of natives versus immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(1), 67–86. doi:10.1016/j.ijintrel.2006.08.002
- Navas Luque, Marisol, Pumares Fernández, Pablo, Sánchez-Miranda, Juan, García Fernández, María C., Rojas-Tejada, Antonio, Cuadrado-Guirado, Isabel, Asensio García, Matilde y Fernández-Prados, Juan S. (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Sevilla: Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias, Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía.
- Negoescu, Radu (2001). *Introducere în noua sănătate publică*. București: Editura ISPB.

- Neto, Félix (2001). Satisfaction with life among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(1), 53-67.
- Neto, Félix (1993). Satisfaction with life among Portuguese adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.
- Newbold, Bruce (2005a). Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), 77–83A. doi:10.1258/1355819053559074
- Newbold, Bruce (2005b). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1359–1370. doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.048
- Norman, Paul, Boyle, Paul y Rees, Philip (2005). Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2755–2771. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.008
- Oksuzyan, Anna, Juel, Knud, Vaupel, James W. y Christensen, Kaare (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(2), 91–102. doi:10.1007/bf03324754
- Oksuzyan, Anna, Brønnum-Hansen, Henrik y Jeune, Bernard (2010). Gender gap in health expectancy. *European Journal of Ageing*, 7(4), 213–218. doi:10.1007/s10433-010-0170-4
- Olmedo, Esteban L. (1979). Acculturation: A psychometric perspective. *American Psychologist*, 34(11), 1061–1070. doi:10.1037/0003-066x.34.11.1061
- OIM (2006). *Derecho Internacional sobre Migración. Glosario sobre migración*. Ginebra: OIM.
- Oso, Laura (1998): *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Oso, Laura y Catarino, Christine (2013). From Sex to Gender: The Feminisation of Migration and Labour-Market Insertion in Spain and Portugal. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(4), 625–647. doi:10.1080/1369183x.2013.745242
- Oza-Frank, Reena y Narayan, K. M. Venkat (2010). Overweight and Diabetes Prevalence Among US Immigrants. *American Journal of Public Health*, 100(4), 661–668. doi:10.2105/ajph.2008.149492
- Pajares, Miguel (2007). *Inmigrantes del Este. Procesos migratorios de los rumanos*. Barcelona: Icària.

- Palinkas, Lawrence A. y Pickwell, Sheila M. (1995). Acculturation as a risk factor for chronic disease among Cambodian refugees in the United States. *Social Science & Medicine*, 40(12), 1643–1653. doi:10.1016/0277-9536(94)00344-s
- Palloni, Alberto y Arias, Elizabeth (2004). Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage. *Demography*, 41(3), 385–415. doi:10.1353/dem.2004.0024
- Paniagua López, Julián (2007). *Red Migratoria de los rumanos en España. Adventistas, Ortodoxos y Gitanos*. Fugaz Ediciones y Centro Europeo de Difusión de las Ciencias Sociales.
- Pantiru, Simona A. y Barley, Ruth (2014). The acculturation process of Romanian Immigrants in the UK. *Reinvention: An International Journal of Undergraduate Reserach*, 7(1), 1-21.
- Pappas, Gregory, Queen, Ssusan, Hadden, Wilbur y Fisher, Gail (1993). The Increasing Disparity in Mortality between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*, 329(2), 103–109. doi:10.1056/nejm199307083290207
- Parent, Mike C. y Moradi, Bonnie (2010). Confirmatory factor analysis of the conformity to feminine norms inventory and development of an abbreviated version: The CFNI-45. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 97-109. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01545.x
- Pardo, Antonio (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9.
- Park, Robert E. (1928). Human Migration and the Marginal Man. *American Journal of Sociology*, 33(6), 881. doi:10.1086/214592
- Parsons, Talcott y Bales, Robert F. (1955). *Family, socialization, and interaction process*. New York: Free Press.
- Pasti, Vladimir (2003). *Ultima inegalitate. Relațiile de gen în România*. Iași: Polirom.
- Patró-Hernández, Rosa, Fernández-Ros, Encarna y Corbalán-Berná, Javier F. (2000). Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en mujeres víctimas de malos tratos. En M.P. Sánchez-López y M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 311-337). Madrid: Miño y Dávila.
- Perula, L.A., Martínez, D. L. I., Ruiz, R., & Fonseca, P.J. (1995). Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Atención Primaria*, 16, 323-329.

- Pleck, Joseph H. (1981). *The myth of masculinity*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Pleck, Joseph H., Sonenstein, Freya L. y Ku, Leighton C. (1994). Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males. En R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviours: Issues and research* (pp. 165–186). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Pinquart, Martin (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414–426. doi:10.1037/0882-7974.16.3.414
- Pollack, William (1998). *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Random House.
- Pon, Gordon (2000). The Art of War or the Wedding Banquet? Asian Canadians, Masculinity, and Antiracism Education. *Canadian Journal of Education/Revue Canadienne de L'éducation*, 25(2), 139. doi:10.2307/1585747
- Pon, Madge (1996). The social construction of Chinese masculinity in Jack Canuck. En J. Parr (Ed.), *Gender and history in Canada* (pp. 68-88). Toronto: Copp Clark.
- Powell, John W. (1880). *Introduction to the study of Indian languages* (2ª ed). Washington: US Government Printing Office.
- Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar. *BOE*, 193, de 13 de agosto de 1985, 25617- 25618.
- Real, Terrence (1997). *I don't want to talk about it: Overcoming the legacy of male depression*. New York: Fireside.
- Redfield, Robert, Linton, Ralph y Herskovits, Melville J. (1936). Memorandum for the Study of Acculturation. *American Anthropologist*, 38(1), 149–152. doi:10.1525/aa.1936.38.1.02a00330
- Reich, Adam (2010). *Hidden Truth: Young Men Navigating Lives In and Out of Juvenile Prison*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rentfrow, Peter Jason (2010). Statewide differences in personality: Toward a psychological geography of the United States. *American Psychologist*, 65(6), 548–558. doi:10.1037/a0018194
- Rivas-Diez, Raquel (2014). *Personalidad, género y salud física/psicológica: Estudio comparativo entre mujeres chilenas y españolas víctimas de violencia de género* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Roberts-Douglass, Karisman; Curtis-Boles, Harriet (2013). Exploring positive masculinity development in African American men: A retrospective study. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(1), 7-15. doi: 10.1037/a0029662
- Roca, Jordi. 2009. Migraciones amorosas, migraciones (re)negadas. La búsqueda y formación de parejas transnacionales entre hombres españoles y mujeres latinoamericanas y esclavas. *Migraciones*, 25(1), 89-124.
- Roca, Miquel, Gili, Margalida, Garcia-Garcia, Margarita, Salva, Joan, Vives, Margalida, García-Campayo, Javier y Comas, Angels (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 52–58. doi:10.1016/j.jad.2009.03.014
- Rodríguez-Sanz, Maica, Carrillo, Paloma y Borrell, Carme (2005). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA. 1993-2003*. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rohlf, Izabella, Borrell, Carme y Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.
- Rojas, Antonio J., Navas, Marisol, Sayans-Jiménez, Pablo y Cuadrado, Isabel (2014). Acculturation Preference Profiles of Spaniards and Romanian Immigrants: The Role of Prejudice and Public and Private Acculturation Areas. *The Journal of Social Psychology*, 154(4), 339–351. doi:10.1080/00224545.2014.903223
- Ronda, Elena (2014). Salud laboral. En D. Malmusi y M. Gotsens (Coord.), *Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012* (pp. 38-45). CIBERESP, 2014.
- Rubalcava, Luis N., Teruel, Graciela M., Thomas, Duncan y Goldman, Noreen (2008). The healthy migrant effect: new findings from the Mexican family life survey. *American Journal of Public Health*, 98, 78-84. doi:10.2105/ajph.2006.098418
- Rudmin, Floyd (2009). Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *International Journal of Intercultural Relations*, 33(2), 106–123. doi:10.1016/j.ijintrel.2008.12.001
- Rudmin, Floyd (2003). Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration, and marginalization. *Review of General Psychology*, 7(1), 3–37. doi:10.1037/1089-2680.7.1.3

- Rue, Montserrat, Serna, María-Catalina, Soler-Gonzalez, Jorge, Bosch, Anna, Ruíz-Magaz, María-Cristina y Galvan, Leonardo (2008). Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): A 6-months prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 8(35). doi:10.1186/1472-6963-8-35
- Ruiz-Ramos, Miguel, Córdoba-Doña, Juan Antonio, Bacigalupe, Amaia, Juárez, Sol y Escolar-Pujolar, Antonio (2014). Crisis económica al inicio del siglo xxi y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. *Gaceta Sanitaria*, 28, 89–96. doi:10.1016/j.gaceta.2014.01.005
- Ruíz-Rodríguez, José y Fusté-Escolano, Adela (2000). El MIPS como medida de estilos de cognición y su relación con la hemisfericidad. En M.P. Sánchez-López y M. M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 267-309). Madrid: Milo y Dávila.
- Ryder, Andrew G., Alden, Lynn E. y Paulhus, Delroy L. (2000). Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 49–65. doi:10.1037/0022-3514.79.1.49
- Saavedra-San Román, Ana Isabel (2013). *Relación entre género y salud en los profesionales de enfermería* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Sabatier, Colette y Berry, John W. (1996). Inmigración y aculturación. En R. Y. Bourhis y J. P. Leyens (Eds.), *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos* (pp. 217-240). Madrid: McGraw Hill.
- Salgado, Hugo, Castañeda, Sheila F., Talavera, Gregory A. y Lindsay, Suzanne P. (2012). The Role of Social Support and Acculturative Stress in Health-Related Quality of Life Among Day Laborers in Northern San Diego. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(3), 379–385. doi:10.1007/s10903-011-9568-0
- Sam, David L. (2006a). Conceptual background and core components. En D. Sam y J. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 11-26). New York: Cambridge University Press.
- Sam, David L. (2006b). Adaptation of children and adolescents with immigrant background: acculturation or development. En M. H. Bornstein y L. Cote (Eds.),

- Acculturation and parent-child relationships. Measurement and development* (pp. 97-112). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sam, David L. (2006c). Acculturation and health. *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 452-468). New York: Cambridge University Press.
- Sam, David L. (1995). Acculturation Attitudes among Young Immigrants as a Function of Perceived Parental Attitudes toward Cultural Change. *The Journal of Early Adolescence*, 15(2), 238–258. doi:10.1177/0272431695015002004
- Sánchez-López, María del Pilar (2004). Women's Health. En C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. Elsevier Academic Press.
- Sánchez-López, María del Pilar (2003). *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez-López, María del Pilar (2001). Introducción. En T. Millon (2001), *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*, Manual. Adaptación de M.P. Sánchez-López, J. F. Díaz-Morales y M. E. Aparicio-García. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez-López, María del Pilar (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, XV(2), 223-252.
- Sánchez-López, María del Pilar y Aparicio-García, Marta E. (1998). Inventario Millon de estilos de Personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4(2), 87-110.
- Sánchez-López, María del Pilar, Aparicio-García, Marta E. y Dresch, Virginia (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: Diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 583-589.
- Sánchez-López, María del Pilar, Cuéllar-Flores, Isabel, Dresch, Virginia y Aparicio-García, Marta (2009). Conformity to Feminine Gender Norms in the Spanish Population. *Social Behavior and Personality*, 37(9), 1171–1185. doi:10.2224/sbp.2009.37.9.1171
- Sánchez-López, María del Pilar, Cuellar-Flores, Isabel, Limiñana, Rosa y Corbalan, Javier (2012). Differential Personality Styles in Men and Women: The Modulating Effect of Gender Conformity. *SAGE Open*, 2(2). doi:10.1177/2158244012451752
- Sánchez-López, María del Pilar y Díaz-Morales, Juan F. (2000). Tipología circadiana y estilos de personalidad en universitarias argentinas. *Psicodebate*, 1(2), 35-44.

- Sánchez-Domínguez, María Isabel (2011). *Estrategias matrimoniales y procesos de integración social de los inmigrantes en España* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Sandu, Dumitru (2006). *Exploring Europe through work migrations: 1990-2006. Living abroad on a temporary basis. The economic migration of Romanian: 1990-2006*. București: Open Society Foundation.
- San Martín, Hernán y Pastor, Vicente (1988). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Santiago-Rivera, Azara L. (1995). Developing a Culturally Sensitive Treatment Modality for Bilingual Spanish-Speaking Clients: Incorporating Language and Culture in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 12–17. doi:10.1002/j.1556-6676.1995.tb01816.x
- Sarti, Raffaella (2010). Fighting for masculinity. Male domestic workers, gender and migration in Italy from the late nineteenth century to the present. *Men and Masculinities*, 13, 16-43. doi: 10.1177/1097184X10382879
- Sayed-Ahmad, Nabil, García, Rafael y González, Elena (2008). *Salud mental en la inmigración*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Schmitt, David P., Realo, Anu, Voracek, Martin y Allik, Jüri (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 168-182. doi: 10.1037/a0014651
- Schmitz, Paul G. (1994). Acculturation and adaptation processes among immigrants in Germany. En A. M. Bouvy, F. J. R. Van de Vijver, P. Boski y P.G. Schmitz (Eds.), *Journeys into cross-cultural psychology* (pp. 142–157). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Schwarzer, Ralf, Hahn, André y Schröder, Harry (1994). Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, 22(5), 685–706.
- Searle, Wendy y Ward, Colleen (1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14(4), 449–464. doi:10.1016/0147-1767(90)90030-z
- Selye, Hans (1956). *Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Seoane, Luis y Portero, Paloma (2006). *Actitudes y demandas de los profesionales de la salud hacia la atención sanitaria de los inmigrantes*. Madrid: Servicio de

- Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Silventoinen, Karri, Hammar, Niklas, Hedlund, Ebba, Koskenvuo, Markku, Rönnemaa, Tapani y Kaprio, Jaakko (2007). Selective international migration by social position, health behaviour and personality. *The European Journal of Public Health*, 18(2), 150–155. doi:10.1093/eurpub/ckm052
- Singh-Manoux, Archana, Guéguen, Alice, Martikainen, Pekka, Ferrie, Jane, Marmot, Michael y Shipley, Martin (2007). Self-Rated Health and Mortality: Short- and Long-Term Associations in the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 69(2), 138–143. doi:10.1097/psy.0b013e318030483a
- Singh, Pramil (2001). Does Low Meat Consumption Contribute to Greater Longevity? *Modern Nutrition*, 135–170. doi:10.1201/9781420036831.ch7
- Smart, Julie F. y Smart, David W. (1995). Acculturative Stress: The Experience of the Hispanic Immigrant. *The Counseling Psychologist*, 23(1), 25–42. doi:10.1177/0011000095231003
- Smiler, Andrew P. (2004). Thirty Years After the Discovery of Gender: Psychological Concepts and Measures of Masculinity. *Sex Roles*, 50(1/2), 15–26. doi:10.1023/b:sers.0000011069.02279.4c
- Sobral, Jorge, Villar, Paula, Gómez-Fraguela, José Antonio, Romero, E. y Luengo, M. Ángeles (2013). Interactive effects of personality and separation as acculturation style on adolescent antisocial behaviour. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 25–31. doi:10.1016/s1697-2600(13)70004-8
- Soler-González, Jorge, Serna Arnáiz, Catalina, Rué Monné, Montserrat, Bosch Gaya, Anna, Ruiz Magaz, María Cristina y Gervilla Caño, Javier (2008). Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Atención Primaria*, 40(5), 225–231. doi:10.1157/13120019
- Spence, Janet T. y Helmreich, Robert L. (1978). *Masculinity and Femininity: Their Psychological Dimensions, Correlates and Antecedents*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Spence, Janet T., Helmreich, Robert L. y Stapp, Joy (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. *JSAS, Catalog of Selected Documents in Psychology*, 4, 43-44. (Ms. 617).

- Stephan, Walter G. y Stephan, Cookie (1971). Role differentiation, empathy, and neurosis in urban migrants and lower-class residents of Santiago, Chile. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19(1), 1-6. doi:10.1037/h0031087
- Stephen, Elizabeth, Foote, Kyleisha, Hendershot, Gerry y Schoenborn, Charlotte (1994). Health of the foreign-born population. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 241, 1–10.
- Stonequist, Everett (1937). *The marginal man: A study in personality and culture conflict*. New York: Russell y Russell.
- Strack, Stephen (1999). Millon's normal personality styles and dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 426-436. doi: 10.1207/s15327752jp720307
- Streiner, David L. y Norman, Geoffrey R. (1989). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Nueva York: Oxford University Press.
- Suhrcke, Marc y Stuckler, David (2012). Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science & Medicine*, 74(5), 647–653. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.011
- Sun, Shirley Hsiao-Li. (2008). Housework and Gender in Nuclear versus Extended Family Households: Experiences of Taiwanese Immigrants in Canada. *Journal of Comparative Family Studies*, 39(1), 1-17.
- Swagler, Michelle A. y Jome, LaRae M. (2005). The Effects of Personality and Acculturation on the Adjustment of North American Sojourners in Taiwan. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 527–536. doi:10.1037/0022-0167.52.4.527
- Szaflarski, Magdalena, Cubbins, Lisa A. y Ying, Jun (2010). Epidemiology of Alcohol Abuse Among US Immigrant Populations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 647–658. doi:10.1007/s10903-010-9394-9
- Szapocznik, José, Scopetta, Mercedes A., Kurtines, William y Aranalde, María A. (1978). Theory and measurement of acculturation. *International Journal of Psychology*, 12, 113-130.
- Ștefănescu, Mihaela (2006). Studiu de caz: Un roman in Italia en Locuirea temporara in strainatate. Migratia economică a romanilor: 1990-2006. București: Fundatia pentru Societate Deschisa.

- Șerban, Monica y Grigoraș, Vlad (2000). Dogenii din Teleorman in tara si in strainatate. Studiu asupra migratiei circulatorii in Spania. *Revista de Sociologie Romaneasca*, 2, 31-55.
- Takeuchi, David T., Alegría, Margarita, Jackson, James S. y Williams, David R. (2007). Immigration and Mental Health: Diverse Findings in Asian, Black, and Latino Populations. *American Journal of Public Health*, 97(1), 11–12. doi:10.2105/ajph.2006.103911
- Tamames, Ramón, Pajares, Miguel, Pérez, Rogelio y Debasa, Felipe (2008). *Estudio sobre la inmigración rumana en España*. Madrid: Castellana Cien.
- Taylor, Rex C. (1969). Migration and motivation: A study of determinants and types. En J. A. Jackson (Ed.), *Migration* (pp. 99-133). Cambridge: Cambridge University Press.
- Terman, Lewis M. y Miles, Catharine C. (1936). *Sex and Personality: Studies in Masculinity and Femininity*. New York: McGraw-Hill.
- Thompson, Edward H. y Pleck, Joseph H. (1986). The Structure of Male Role Norms. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 531–543. doi:10.1177/000276486029005003
- Thompson, Edward H., Pleck, Joseph H. y Ferrera, David L. (1992). Men and masculinities: Scales for masculinity ideology and masculinity-related constructs. *Sex Roles*, 27(11-12), 573–607. doi:10.1007/bf02651094
- Thomson, Esme Fuller, Nuru-Jeter, Amani, Richardson, Dawn, Raza, Ferrah y Minkler, Meredith (2013). The Hispanic Paradox and Older Adults' Disabilities: Is There a Healthy Migrant Effect? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 1786–1814. doi:10.3390/ijerph10051786
- Tobío, Constanza (2002). Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. *Reis*, 97(02), 155-186. doi:10.2307/40184368
- Tubert, Silvia (2005). La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres. En B. López Dóriga (Ed.), *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Tubert, Silvia (2001). *Deseo y representación*. Madrid: Síntesis.
- Tubert, Silvia (1999): *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- Turra, Cassio M. y Goldman, Noreen (2007). Socioeconomic Differences in Mortality Among U.S. Adults: Insights Into the Hispanic Paradox. *The Journals of*

- Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(3), S184–S192. doi:10.1093/geronb/62.3.s184
- Turra, Cassio M. y Elo, Irma T. (2008). The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. *Population Research and Policy Review*, 27(5), 515–530. doi:10.1007/s11113-008-9087-4
- Ullmann, S. Heidi, Goldman, Noreen y Massey, Douglas S. (2011). Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico. *Social Science & Medicine*, 73(3), 421–428. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.037
- United Nations (2013). *International migrant stock: Total*. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatestotal.shtml>
- Unger, Rhoda K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34(11), 1085–1094. doi:10.1037/0003-066x.34.11.1085
- Unger, Rhoda y Crawford, Mary (1996). *Women and gender: A feminist Psychology*. New Cork: McGraw-Hill.
- Valle, Gloria M. (2004). Las migraciones internacionales. Hacia una perspectiva de género. *Revista Zacatecana sobre Población y Sociedad*, 23. Disponible en http://sociales.uaz.edu.mx/c/document_library/get_file?uuid=893c058f-1acf-4e8b-bdfc-79b0a293d234&groupId=12606
- Valls-Llobet, Carme (2003). Pobreza, condiciones de trabajo, estereotipos de género y salud de las mujeres. En M. P. Sánchez-López (Ed.), *Mujer y salud: Familia, trabajo y sociedad* (pp. 163-168). Madrid: Díaz de Santos.
- Van Doorslaer, Eddy y Gerdtham, Ulf-G. (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social Science & Medicine*, 57(9), 1621–1629. doi:10.1016/s0277-9536(02)00559-2
- Velasco, Sara (2005). El imaginario social y la salud de las mujeres. En B. López Dóriga (Ed.), *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones* (pp. 61-98). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Verbrugge, Lois M. (1985). Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182. doi:10.2307/2136750

- Verdonk, Petra, Seesing, Hannes y de Rijk, Angelique (2010). Doing masculinity, not doing health? a qualitative study among dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. *BMC Public Health*, 10(1), 712. doi:10.1186/1471-2458-10-712
- Vianello, Michelangelo, Schnabel, Konrad, Sriram, N. y Nosek, Brian (2013). Gender differences in implicit and explicit personality traits. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 994–999. doi:10.1016/j.paid.2013.08.008
- Vicente-Muelas Natividad y Díaz-Moreno, Helena (2001). Características de las derivaciones a un Servicio de Salud Mental. *FOMECO*, 9(2), 94-99.
- Villemez, Wayne J. y Touhey, John C. (1977). A measure of individual differences in sex stereotyping and sex discrimination: the “Macho” Scale. *Psychological Reports*, 41(2), 411–415. doi:10.2466/pr0.1977.41.2.411
- Viruela, Rafael (2013a). Entre dos crisis económicas. Estrategias de los rumanos en el mercado de trabajo español. *Política y Sociedad*, 50(3), 981-1008.
- Viruela, Rafael (2013b). Europeos del este en el mercado de trabajo español: de la expansión a la crisis económica. *Revista de Estudios Europeos*, 62, 57-81.
- Viruela, Rafael (2008). Europeos del Este en el mercado de trabajo español: un enfoque geográfico. *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, 84, 81-104.
- Viruela, Rafael (2008). De Este a Oeste: la inmigración desde los nuevos países comunitarios (Rumania y Bulgaria). *Cuadernos de Geografía*, 84, 127-134.
- Viruela, Rafael (2004). El recurso de la emigración. Balance durante la transición en Rumania. *Papeles del Este*, 9, 1-29.
- Viruela, Rafael (2002). La nueva corriente inmigratoria de Europa del Este. *Cuadernos de Geografía*, 72, 231-258.
- Vlase, Ionela (2012). Gender and migration-driven changes in rural Eastern Romania. Migrants’ perspectives. *International Review of Social Research*, 2(2), 21-38.
- Voicu, Malina (2006). Valori si comportamente religioase in spatiul urban romanesc: o abordare longitudinala. En D. Sandu (Ed.), *Viata sociala in Romania urbana*. Polirom: Iasi.
- Volodina, Anna, Bertsche, Thilo, Kostev, Karel, Winkler, Volker, Haefeli, Walter y Becher, Heiko (2011). Drug utilization patterns and reported health status in ethnic German migrants (Aussiedler) in Germany: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 509. doi:10.1186/1471-2458-11-509

- Vremaroiu, Ana-Maria, Fodoreanu, Liana, Miclutia, Ioana y Popescu, Codruta. Perfilul emigrantului român cu afecțiuni psihice (2011). *Clujul Medical*, 84(1), 91-95.
- Waldron, Ingrid (1995). Contributions of Changing Gender Differences in Behavior and Social Roles to Changing Gender Differences in Mortality. En D. Sabo y D. F. Gordon, *Men's Health and Illness: Gender, Power, and the Body* (pp. 22-45). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781452243757.n2
- Waldron, Ingrid (1997). Changing gender roles and gender differences in health behavior. En D. Gochman(Ed), *Handbook of health behavior research: Personal and social determinants* (pp. 303-328). New York, NY, US: Plenum Press.
- Walker, Susan N., Volkan, Kevin, Sechrist, Karen R. y Pender, Nola J. (1988). Health-promoting life styles of older adults. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90. doi:10.1097/00012272-198810000-00008
- Wang, Athena (2000). Asian and white boys' competing discourses about masculinity: implications for secondary education. *Canadian Journal of Education/ Revue canadienne de l'éducation*, 25(2), 113-125.
- Wang, Feng, Stewart, Maggie, McDermott, Sarah, Kazanjian, Arminee, Vissandjée, Bilkis, DesMeules, Marie, de Groh, Margaret, Morrison, Howard (2012). Migration and Diabetes in British Columbia and Quebec: Prevalence and Health Service Utilization. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), 59-64.
- Ward, Colleen (2001). The ABCs of acculturation. En D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp.411-445). Oxford: Oxford University Press.
- Ward, Colleen y Chang, Weining C. (1997). Cultural fit: A new perspective on personality and sojourner adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(4), 525-533. doi: 10.1016/s0147-1767(97)00023-0
- Ward, Colleen y Kennedy, Antony (1993). Where's the "culture" in cross-cultural transition? Comparative studies of sojourner adjustment. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 24(2), 221-249. doi: 10.1177/0022022193242006
- Ward, Colleen y Kennedy, Antony (1992). Locus of control, mood disturbance and social difficulty during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 16(2), 175-194.
- Ward, Colleen, Leong, Chan-H. y Low, Meilin (2004). Personality and sojourner adjustment: An exploration of the Big Five and the cultural fit proposition. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(2), 137-151.

- Ward, Colleen, Bochner, Stephen y Furnham, Adrian (2001). *The psychology of culture shock*. London, United Kingdom: Routledge.
- Ward, Colleen, Okura, Yutaka, Kennedy, Antony y Kojima, Takahiro (1998). The U-Curve on trial: a longitudinal study of psychological and sociocultural adjustment during Cross-Cultural transition. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(3), 277–291. doi:10.1016/s0147-1767(98)00008-x
- Wardle, Jane, Haase, Anne M., Steptoe, Andrew, Nillapun, Maream, Jonwutiwes, Kiribon y Bellisie, France (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 107–116. doi:10.1207/s15324796abm2702_5
- Weiss, Mitchell G., Doongaji, Dinsha R., Siddhartha, Sankar, Wypij, David, Pathare, Soumitra, Bhatawdekar, Manoj, Bhave, A., Sheth, A. y Fernandes, Rheinila (1992). The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross- cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), 819–830. doi:10.1192/bjp.160.6.819
- Wilde, Gerrit J. S. (1970). *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode* (2nd ed.). [Neurotic lability measured by the questionnaire method]. Amsterdam: Van Rossen.
- Wisch, Andrew F., Mahalik, James R., Hayes, Jeffrey A. y Nutt, Elizabeth A. (1995). The impact of gender role conflict and counseling technique on psychological help seeking in men. *Sex Roles*, 33(1-2), 77–89. doi:10.1007/bf01547936
- White, Alan K. y Cash, Katherine (2003). *The state of men's health across 17 European countries*. Brussels: The European Men's Health Forum.
- WHO (2000). *World Health Report 2000*. Disponible en: <http://www.who.int>. <http://www.who.int/whr/www.who.int/whrS>.
- Yoon, Eunju, Chang, Chih-Ting, Kim, Soyeon, Clawson, Angela, Cleary, Sarah E., Hansen, Meghan, Bruner, John P., Chan, Theresa K. y Gomes, A. M. (2013). A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 15–30. doi:10.1037/a0030652
- Yu, Weihua y Wang, Shu (2011). An investigation into the acculturation strategies of Chinese students in Germany. *Intercultural Communication Studies XX*, 2, 190–210.
- Zlotnik, Hania (2003). *The Global Dimensions of Female Migration*. Disponible en <http://www.migrationpolicy.org/article/global-dimensions-female-migration/>

ANEXOS

Anexo 1.	Capitolul 13. Discuție și concluzii (traducción al rumano)	361
Anexo 2.	Consentimiento informado.....	397
Anexo 3.	Protocolo de evaluación	398
Anexo 4.	Comunicaciones en congresos y publicaciones relacionadas con la tesis	403

ANEXO I. CAPITOLUL 13. DISCUTIE SI CONCLUZII

În continuare se prezintă discuția și concluziile corespunzătoare Studiului I, Studiului II și Studiului III.

13.1. Studiul I. Traducerea instrumentelor

Obiectivul acestui studiu pilot este acela de a analiza indicatorii psihometrici în cazul instrumentelor de măsurare traduse în limba română. Se analizează dacă aceste instrumente îndeplinesc cerințele necesare pentru a fi utilizate în studii posterioare. Instrumentele de evaluare sunt: Chestionarul de sănătate fizică (Sánchez-López, Cardenal-Hernández și Sánchez-Herrero, 2001), Chestionarul general de sănătate GHQ-12 (Goldberg și Williams, 1988), Chestionarul de conformitate cu normele de gen masculine (Mahalik et al., 2003), Chestionarul de conformitate cu normele de gen feminine (Mahalik et al., 2005), Inventarul de stiluri de personalitate Millon (MIPS) (Millon, 1994, 2004) și Chestionarul de sprijin social Duke-UNC (Broadhead et al., 1988).

În cazul instrumentului GHQ-12, coeficientul alpha-Cronbach are o valoare de .65 în acest studiu. Deși valoarea este mai mică decât în cazul adaptării pe populația spaniolă (Sánchez-López și Dresch, 2008), valorile cuprinse între .50 și .70 sunt acceptabile (Guilford, 1965). Instrumentul Duke-UNC are o valoare de alpha-Cronbach .90, egală cu cea găsită de Broadhead et al. (1988). În ceea ce privește Chestionarul de sănătate fizică, valoarea coeficientului α este .79, la fel ca în cazul populației spaniole (Sánchez-López, Cardenal-Hernández și Sánchez-Herrero, 2001).

În cazul Chestionarului de conformitate cu normele de gen masculine (Mahalik et al., 2003), valoarea fiabilității este similară cu cea găsită în versiunea originală și adaptarea spaniolă (Cuéllar-Flores y Sánchez-López, 2011). În cazul scalei 6-Dominanță, alpha-Cronbach are valoarea cea mai mică, la fel ca și în versiunea spaniolă și cea americană. De fapt, alte studii au găsit valori similare (Liu și Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2003; Mahalik și Rochlen, 2006; Tager și Good, 2005); de aceea se

studiază compoziția acestei scale. Chestionarul de conformitate cu normele de gen feminine (Mahalik et al., 2005) are coeficienți alpha similari cu cei găsiți în versiunea originală și în versiunea spaniolă.

Valoarea medie alpha-Cronbach în cazul Inventarului de stiluri de personalitate Millon (MIPS) (Millon, 1994, 2004) este .71. În cazul populației din SUA , acest indicator înregistrează o valoare medie de .78 (Millon ,1994, 2004). Fiind o adaptare a versiunii originale, datele înregistrate în acest studiu sunt mai mici, dar similare cu cele găsite în cazul adaptării la populația spaniolă cu o valoare medie de .72 (Sánchez et al., 2001). Alte studii au înregistrat aceleași valori sau valori apropiate: .71 în cazul adaptării la populația din Argentina (Cassulo și Castro-Solano, 2000) și .68 în Mexic (Aparicio și Sánchez-López, 1998). În ceea ce privește validitatea internă, s-a înregistrat același model de corelații ca și în cazul versiunii americane.

Se confirmă ipoteza primului studiu despre proprietățile psihometrice ale Chestionarul de sănătate fizică, GHQ-12, CFNI, CMNI, Duke-UNC și MIPS. Prin urmare, se concluzionează că fiabilitatea este adecvată și aceste instrumente de măsură pot fi folosite pe populația românească. După ce s-a verificat acest obiectiv, se procedează la analiza obiectivelor propuse în Studiile II și III ale acestei cercetări.

13.2. Studiul II. Analiza psihometrică a instrumentelor

Obiectivul acestui studiu este acela de a analiza proprietățile psihometrice ale instrumentelor utilizate în Studiul I și de a studia structura factorială a acestora.

13.2.1. Chestionarul de Sănătate Generală GHQ-12

Deși GHQ-12 a fost tradus și adaptat în 38 de limbi, aceasta este prima cercetare care studiază structura factorială a acestui instrument pe un eșantion de români/românce. În această cercetare s-au utilizat două *software* diferite: SPSS și FACTOR (descrie în secțiunea 9.5. Análisis de datos, pag. 160-161). Se observă că, în funcție de *software*-ul utilizat, rezultatele diferă deoarece dacă se utilizează SPSS, structura instrumentului are un caracter mai ambiguu decât în cazul în care se folosește FACTOR. SPSS, folosește metoda verosimilității maxime și obține o structură de doi factori. Portivit Lloret-Segura et al. (2014), folosind metoda verosimilității maxime, se obține un număr mai mare de factori. În schimb folosind programul FACTOR, rezultatele sugerează că GHQ-12 are o

structură unidimensională în cazul populației românești. Aceste rezultate sunt în concordanță cu rezultatele studiului realizat de Brabete (2014). Analiza factorială de confirmare a demonstrat că datele în cazul românilor se ajustează mai bine la un model unidimensional. În plus, folosind FACTOR, rezultatele de consistență internă sunt mai bune decât în cazul rezultatelor obținute cu SPSS.

După cum se poate observa în această cercetare, rezultatele structurii factoriale diferă în funcție de tehnicile de extracție aplicate, de caracterul heterogen al eșantionului de participanți, influența culturală și alte aspecte care au legătură cu metodologia (Ayis, Paul și Ebrahim, 2010).

În concluzie, în urma a tot ceea ce s-a menționat mai sus, se concluzionează că GHQ-12 poate fi utilizat ca un instrument de măsură a sănătății mintale în rândul populației românești.

13.2.2. Chestionarul de Sprijin Social auto-perceput (Duke-UNC-11)

Ca și în alte studii (Ayala et al., 2012; Bellón et al., 1996; De la Revilla et al., 1991), acest instrument are un grad ridicat de fiabilitate atât în cazul în care analizele au fost efectuate cu ajutorul programului SPSS cât și în cazul analizelor efectuate cu programul FACTOR. Rezultatele analizei factoriale arată că structura factorială este unidimensională în cazul populației românești. Alte studii au găsit o structură de doi factori (Cuéllar-Flores și Dresch, 2012; Rivas-Diez, 2014), dar aceste rezultate replică rezultatele găsite de Piña și Rivera (2007). În concluzie, aceste rezultate confirmă faptul că acest instrument este adecvat pentru măsurarea propriei percepții a sprijinului social pe populația românească.

13.2.3. Chestionarul de Conformitate cu Normele de Gen Feminine (CFNI)

Analiza fiabilității indică faptul că valorile coeficientului alfa Cronbach sunt acceptabile în majoritatea subscalelor și în scala totală, deci se poate spune că instrumentul are o consistență internă bună. Corelațiile obținute între subscalele acestui instrument în eșantionul de femei române confirmă modelul propus de autor cu privire la independența relativă între normele de gen evaluate (Mahalik et al., 2003). Corelațiile semnificative între toate subscalele și scorul total al instrumentului CFNI de asemenea confirmă concepția autorilor despre feminitate ca fiind un construct multidimensional.

Analiza factorială exploratorie relevă un profil similar cu cel obținut în versiunea americană originală, deși apar anumite variații. Cei opt factori propuși de Mahalik et al. (2005) au o ordine diferită față de cea din versiunea originală. Observând rezultatele analizei factoriale a factorilor 2, 4, 5, 6 și 8, majoritatea itemilor coincid cu itemii subscalelor acestui instrument (Slabă, Îngrijirea copiilor, Gospodină, Relații de prietenie și Investiție în imagine). Pe de altă parte, factorul 1 este compus din itemi care aparțin în mare parte subscalelor Fidelitate sexuală și Relații romantice. Prin urmare, aceste rezultate sugerează că, cel puțin pe (în cadrul acestui) acest eșantion de femei române, itemii din ambele norme se pot configura într-o normă unică.

Feminitatea este un concept complex, care depinde de o serie de factori, cum ar fi construcția socio-culturală (Kimmel, 2000), originea etnică (Vásquez, 2003; Wyche, 2001) și variază atât pe tot parcursul vieții unei persoane (Sheehy, 1976) cât și de-a lungul istoriei (Kimmel, 2000). Prin urmare, într-o societate care consideră că femeile sunt inferioare și utilizează feminitatea în același scop, luându-le puterea, evaluarea conformității cu normele de gen feminine este necesară pentru a putea lucra cu ele (Parent și Moradi, 2010). Dintr-o perspectivă feministă, feminitățile și masculinitățile nu sunt considerate la același nivel deoarece puterea este construită ierarhic și bărbații și femeile nu au același fel de acces la aceasta. Configurarea factorilor sugerează că normele de gen se pot grupa diferit în funcție de cultură (Gibbons, Hamby și Dennis, 1997).

În concluzie, rezultatele fiabilității și structurii factoriale sugerează că acest instrument este adecvat pentru a putea fi aplicat pe populația românească.

13.2.4. Chestionarul de Conformitate cu Normele de Gen Masculine (CMNI)

Așa cum s-a descris în secțiunea de rezultate 10.4.2. *Análisis factorial exploratorio de los ítems* (pag. 173-174), analiza factorială indică o structură similară cu cea din eșantionul american, deși cu unele variații. Factorii 3, 4, 5, 6, 7, 8 și 11 sunt compusi de cele mai multe ori din majoritatea itemilor subscalelor Control emoțional, Violență, Dispreț pentru homosexualitate, Importanța locului de muncă, Playboy, Câștig și Putere asupra femeilor. Însă factorii 1, 2, 9 și 10 sunt compusi din itemi care fac parte din scale diferite. Această distribuție sugerează că normele de gen masculine diferă în funcție de aspectele culturale deoarece unele norme apar alăturate într-o mai mare măsură decât în cazul eșantionului american. Din punct de vedere teoretic, genul variază în funcție de

aspectele socioculturale. Prin urmare, în fiecare cultură, fiecare normă de gen are o importanță diferită. De exemplu, norma de gen Dominanță are o structură difuză așa cum sugerează și rezultatele găsite de Mahalik et al. (2003). În cazul bărbaților români, itemii din această scală sunt difuzi și itemii saturează în subscale diferite.

Această subscală are cel mai mic indice alfa Cronbach, dar acest lucru se întâmplă nu numai în acest caz: alte studii au obținut valori între .50 și .60 (Liu și Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2003, Mahalik și Rochlen, 2006; Tager și Good, 2005). Smiler (2006) a găsit o valoare mai mare decât .70, dar nu o specifică.

Prin urmare, se concluzionează că aceste analize psihometrice ale acestui instrument demonstrează că CMNI poate fi folosit ca un instrument de măsurare a normelor de gen pe populația bărbaților români.

13.2.5. Inventarul de Stiluri de Personalitate Millon (MIPS)

În cazul instrumentului MIPS (Millon, 1994, 2004), nu s-a putut realiza o analiză factorială din cauza suprapunerii itemilor. Cu toate acestea, valoarea medie alfa Cronbach este .76, o valoare mai ridicată decât în cazul Studiului I. Această valoare este mai mare decât cea găsită în cazul adaptării spaniole (.72) (Sánchez et al., 2001). În ceea ce privește validitatea internă, la fel ca și în studiul I, s-a constatat același model de corelații ca și în versiunea originală a acestui instrument. Cu alte cuvinte, s-au obținut corelații pozitive ridicate între constructe între care există o legătură din punct de vedere teoretic și corelații negative între constructe diferite și corelații foarte apropiate de zero sau egale cu zero între constructe independente din punct de vedere teoretic. Având în vedere cele de mai sus, se concluzionează că indicatorii psihometrici demonstrează faptul că acest instrument poate fi folosit pentru a măsura personalitate în cazul populației românești.

Ipoteza cu privire la validitatea structurală și indicatorii psihometrici se confirmă în cazul instrumentelor utilizate în versiunea în limba română astfel încât se poate concluziona că aceste instrumente pot fi utilizate pe populația românească.

13.3. Studiul III. Sănătate, gen, personalitate și aculturație în cazul românilor rezidenți în România și în cazul românilor rezidenți în Spania

În continuare se prezintă discuția și concluziile în funcție de obiectivele stabilite pentru acest studiu.

13.3.1. Obiectivul 1. Analiza de fiabilitate a instrumentelor de măsurare în cazul participanților migranți

Înainte de a analiza ipotezele acestui studiu, s-au calculat coeficienții alfa Cronbach pentru fiecare dintre instrumentele utilizate. În cazul Chestionarului de sănătate fizică, valoarea coeficientului este mai mare decât cea obținută în Studiul pilot. Pentru GHQ-12 s-a obținut un coeficient alfa de .68. Valoarea aceasta este ușor mai ridicată decât în Studiul pilot Studiul 1. Valoarea alfa Cronbach pentru instrumentul de sprijin social, Duke-UNC-11, este .90. În studiile anterioare s-a găsit aceeași valoare. Pe de altă parte, alfa Cronbach pentru instrumentul care măsoară stresul acculturativ este .91. Valorile α Cronbach în cazul instrumentelor CFNI și CMNI sunt ușor mai mari decât în cazul celor două studii anterioare. În cele din urmă, valoarea medie a coeficienților α Cronbach în cazul instrumentului MIPS este ușor mai mare decât cea obținută în Studiul pilot, dar ușor mai mică decât în Studiul 1.

În concluzie, valorile indicatorilor de fiabilitate sunt adecvate, astfel încât se pot analiza obiectivele 2, 3, 4 și 5 din acest studiu.

13.3.2. Obiectivul 2. Strategii de aculturație

Al doilea obiectiv al Studiului III constă în descrierea strategiilor de aculturație alese de grupul de migranți români pentru a analiza dacă există diferențe între femei și bărbați. De asemenea, se studiază posibilele relații dintre cele două scale ale Indicelui Vancouver de Aculturație, Păstrarea obiceiurilor din țara de origine și Adoptarea obiceiurilor țării gazdă, și CFNI/CMNI în cazul migranților români. În plus, se analizează diferențele apărute în păstrarea obiceiurilor românești și adoptarea obiceiurilor spaniole în funcție de anii de ședere în Spania (mai puțin de 10 ani și mai mult de 10 ani).

În prima ipoteză a acestui obiectiv (2.1) se abordează ipoteza potrivit căreia *femeile ar alege strategiile de aculturație, Integrare și Asimilare în mai mare măsură decât bărbații*. În primul rând, conform analizelor efectuate, nu se găsesc diferențe semnificative din punct de vedere statistic între femei și bărbați, în ceea ce privește păstrarea cutumelor românești, dar se obțin diferențe în ceea ce privește adoptarea cutumelor din țara gazdă. Acest lucru indică faptul că femeile din România tind să adopte tradițiile spaniole în mai mare măsură decât bărbații.

Alte cercetări au obținut diferențe între bărbați și femei în ceea ce privește păstrarea obiceiurilor din țările de origine, femeile fiind cele care păstrează mai mult patrimoniul cultural (Harris și Verven, 1996; Liebkind, 1996). Cu toate acestea, rezultatele din acest studiu indică faptul că femeile tind să adopte obiceiurile spaniole în mai mare măsură decât bărbații (Ouarasse și van de Vijver, 2005).

În cazul celor patru strategii de aculturație, femeile preferă în mai mare procentaj decât bărbații strategia de aculturație Asimilare, dar nu același lucru se întâmplă și în cazul strategiei de aculturație Integrare, astfel încât această ipoteză este confirmată parțial. Bărbații tind să mențină obiceiurile românești și să participe la viața din societatea spaniolă (Integrare) în mai mare măsură decât femeile dar, există și un procentaj mai mare de bărbați care preferă Separarea și Marginalizarea. În general, un procent mai mare de migranți preferă strategia de Integrare (Berry et al., 2006; Gruia, 2015; Ilie, 2013). Rezultatele studiului realizat de Pantiru și Barley (2013) în Marea Britanie demonstrează că femeile aleg în mai mare măsură decât bărbații strategia de Integrare, în timp ce bărbații români rezidenți în Marea Britanie aleg în mai mare măsură strategia de Separare și de Marginalizare.

Pentru a analiza dacă socializarea de gen păstrează vreo legătură cu strategiile de aculturație, se propune a doua ipoteză a acestui studiu (2.2). Se studiază *posibila relație dintre conformitatea standardelor cu normele de gen feminine/masculine și păstrarea obiceiurilor românești și adoptarea obiceiurilor spaniole*. Femeile care sunt interesate de menținerea obiceiurilor românești sunt de acord cu normele de gen tradiționale, conform cărora femeile trebuie să aibă grijă de copii, să încerce să aibă un corp zvelt și să își concentreze energia asupra relației de cuplu. De asemenea, aceste femei tind să puncteze mai mult în scala totală CFNI. Dimpotrivă, cele care adoptă mai mult obiceiurile spaniole tind să puncteze mai puțin în scala 4-Fidelitate sexuală. Adică, femeile care adoptă mai mult obiceiurile spaniole sunt mai puțin de acord cu norma potrivit căreia trebuie să existe relații sexuale într-o relație bazată pe angajament. În

cazul bărbaților, cei care obțin punctaj mai mare în menținerea obiceiurilor românești punctează mai puțin în scala 4-Violență, adică sunt mai puțin de acord cu faptul că bărbații trebuie să aibă atitudini dure și violente.

Pentru a explica de ce femeile tind să adopte mai mult decât bărbații obiceiurile din țara gazdă, s-au propus mai multe explicații. În primul rând, se consideră că femeile sunt acceptate mult mai ușor decât bărbații în țara gazdă (Yu și Wang, 2011). În plus, femeile ar avea mai multe beneficii decât bărbații când vine vorba de adoptarea obiceiurilor din țara gazdă (Aparicio et al., 2012; Morokvasic, 2007; Ouarasse și van de Vijver, 2005). Cu toate acestea, nu întotdeauna există avantaje legate de normele de gen, astfel încât femeile să adopte obiceiurile țării gazdă. De exemplu, femeile din SUA care locuiesc în Tailanda tind să se adapteze la normele și obiceiurile acestei țări în mai mică măsură decât bărbații (Swagler și Jome, 2005). Motivul este faptul că femeile americane trebuie să accepte că femeile au un statut inferior bărbaților (Swagler și Jome, 2005). Prin urmare, ar trebui să se ia în considerare modul în care este afectată identitatea individului (Anderson, 1994), atunci când se adoptă normele și obiceiurile unei țări. Activitățile profesionale desfășurate de migrantele române și de migranții români rezidenți în Spania sunt diferite (a se vedea Capitolul 2, pag.14-49). Bărbații, de obicei, sunt angajați în construcții și inițial lucrează cu alți bărbați români, în timp ce femeile din România tind să lucreze ca menajere permanente, începând prin a fi angajate pe toată durata săptămânii. Adică femeile care ajung în Spania încep să aibă contact cu societatea spaniolă din primele momente. Prin urmare, contactul cu populația spaniolă oferă oportunități de învățare și adoptare a normelor și obiceiurilor culturale (Searle și Ward, 1990; Ward și Kennedy, 1992).

În ultimul rând, în ipoteza 2.3 se studiază *relația dintre timpul petrecut în Spania și menținerea obiceiurilor românești și adoptarea obiceiurilor spaniole*. Migranții români care locuiesc în Spania de mai bine de 10 ani mențin obiceiurile românești în egală măsură ca și cei care locuiesc în această țară de mai puțin de 10 ani, dar, ca și în alte studii (Miglietta și Tartaglia, 2009), s-a observat că odată cu trecerea timpului, migranții români rezidenți în Spania se familiarizează cu obiceiurile spaniole, adoptându-le. Adoptarea obiceiurilor spaniole poate aduce avantaje. De exemplu, Zlobina et al. (2006) au constatat că migranții care au relații strânse cu spanioli percep mai puține dificultăți în adaptarea la societatea spaniolă.

13.3.3. Obiectivul 3. Sănătate

Obiectivul al treilea se referă la consecințele migrației asupra sănătății în cazul migranților români și migrantelor românce, precum și la diferențele dintre indicatorii de sănătate obținuți la analiza grupului de femei (migrante sau nu) și bărbați (migranți sau nu). De asemenea, se analizează indicatorii de sănătate în funcție de cele patru strategii de aculturație, precum și legăturile dintre stresul aculturativ și sănătatea mintală, pe de o parte, și cele dintre stresul aculturativ și sprijinul social, de cealaltă parte.

În ceea ce privește prima ipoteză despre *diferențele dintre cazul indicatorilor de sănătate ai grupului de migranți români și cel al grupului de români rezidenți în România* (3.1), rezultatele indică faptul că migranții români consideră că au o sănătate mult mai proastă decât românii care nu au migrat. De asemenea, ei prezintă mai multe dureri, precum și un număr mai mare de vizite la medic, pentru probleme de sănătate proprii sau ca însoțitori ai altor persoane. Între cele două eșantioane, au fost găsite diferențe semnificative la nivel statistic, în ceea ce privește satisfacția cu viața profesională, românii care nu au migrat fiind cei care au obținut un scor mai mare. La analiza rezultatelor pe sexe, s-au obținut diferențe în cazul femeilor, la variabilele: număr de dureri, număr de vizite la medic (pentru probleme personale sau ca însoțitoare). Deși migranții (atât femeile, cât și bărbații) obțin un scor mai mic în cazul satisfacției profesionale, aceste diferențe sunt semnificative la nivel statistic doar pentru bărbați.

Speranța de viață în România a crescut în ultimii 30 de ani, dar încă este la nivelul uneia dintre cele mai mici din Europa. În 2013, speranța de viață era de 75.2 ani (71.6 pentru bărbați și 78.7 pentru femei) (EUROSTAT, 2015). Cu toate acestea, în cazul evaluării stării de sănătate, media aprecierilor este de 3.2 pe o scală de la 1 la 5, de la foarte proastă la foarte bună (Mărginean et al., 2010). 46% dintre respondenți consideră că starea lor de sănătate este bună sau foarte bună, 28% consideră că aceasta este satisfăcătoare și 26 % o consideră ca fiind proastă sau foarte proastă. De asemenea, s-a observat că femeile își apreciază sănătatea mai prost decât bărbații. 30% din femei cred că starea lor de sănătate este proastă și foarte proastă în timp ce 21% dintre bărbați au aceeași percepție. Luând în considerare faptul că media aprecierilor este de 7 pe o scală de la 1 la 10, atât în cazul migranților, cât și în cazul românilor care nu au migrat, în acest studiu rezultatele nu se repetă.

Potrivit Sondajului european asupra calității vieții din 2007, în care s-au analizat și obținut rezultate din 31 de țări (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009), România ocupă unul dintre ultimele locuri în ceea ce privește sănătatea mintală și doar populațiile din Malta, respectiv Turcia obțin un scor mai scăzut. În acest studiu, românii și româncele (migranți sau nu) nu ajung la punctul de întrerupere a GHQ-12. Prin urmare, ca grup, ei au o stare bună de sănătate mintală. Folosind punctul de întrerupere GHQ-12 (16 puncte), pentru participanții români rezidenți în România, rezultă că 12.6% au o stare proastă de sănătate mintală, în timp ce în cazul migranților, acest procent ajunge la 15%.

În ceea ce privește vizitele la medic, în anul 2013, numărul consultațiilor pe cap de locuitor în România era de 4.8, în timp ce în Spania numărul acestora era de 7.36 vizite pe cap de locuitor în anul 2011 (EUROSTAT, 2015). 43% dintre români tind să meargă la doctor pentru controalele de rutină, dar în general, românii merg la medic doar dacă există semne de boală (Mărginean et al., 2010).

Studiile efectuate în țara noastră arată că migranții au o stare de sănătate fizică mai bună și consumă mai puține medicamente, alcool și tutun decât populația spaniolă (Carrasco-Garrido et al., 2007; Casado et al., 2009; García, 2007; Hernández-Quevedo și Jiménez-Rubio, 2009; Rue et al., 2008). În ceea ce privește utilizarea serviciilor de asistență sanitară rezultatele obținute coincid asupra faptului că migranții le folosesc mai puțin (Cots et al., 2002; Cots et al., 2007). Datele analizate în acest studiu demonstrează că migranții români își percep starea de sănătate ca fiind mai proastă, prezintă mai multe dureri și se duc la medic de mai multe ori decât românii care locuiesc în România. Cu toate acestea, ei consumă mai puțin alcool și tutun. În cazul femeilor migrante, consumul de medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos este mai ridicat decât în cazul femeilor românce care locuiesc în România.

Deși datele asupra sănătății mintale coincid în a demonstra că migranții au o stare de sănătate mintală mai proastă decât populația autohtonă (Collazos et al., 2014; García, 2007), în această cercetare nu s-au găsit diferențe semnificative din punct de vedere statistic, în ceea ce privește sănătatea mintală măsurată cu ajutorul instrumentului GHQ-12.

În ceea ce privește satisfacția, 82% dintre respondenții sondajului Calitatea vieții în România-2010 se declară satisfăcuți și foarte satisfăcuți de familie (Mărginean et al., 2010). La nivel european, românii obțin un punctaj de 6.5 (pe o scală de la 1 la 10) în ceea ce privește nivelul de satisfacție de viață și sunt printre europenii care apreciază la

nivelul cel mai scăzut satisfacția de viață (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009). Rezultatele obținute în prezentul studiu demonstrează că atât în cazul grupului de migranți, cât și în cel al non-migranților, oamenii se declară mulțumiți de familiile lor. Cu toate acestea, în ceea ce privește satisfacția față de locul de muncă, migranții obțin scoruri mai scăzute decât non-migranții. Pe sexe, diferențele se mențin în cazul bărbaților, dar nu și în cazul femeilor. Cu alte cuvinte, femeile migrante nu sunt mai puțin satisfăcute decât femeile non-migrante în ceea ce privește locul de muncă. Acest fapt este frapant, pentru că femeile migrante care provin din estul Europei au contracte de muncă cu condiții mai precare decât bărbații. Cu toate acestea, atât pentru femei cât și pentru bărbați, procentul a scăzut, comparativ cu anul 2006 (Ronda, 2014). În contextul actualei crize economice, statisticile demonstrează faptul că bărbații sunt mai afectați de pierderea locului de muncă decât femeile, însă, dacă situația este analizată din perspectiva studiilor de gen, rezultatele sunt diferite. Femeile își mențin situația precară anterioară crizei și sunt mai prezente când vine vorba de locuri de muncă necalificate, cum ar fi serviciul în gospodărie (Domínguez-Mujica, Guerra-Talavera și Parreño-Castellano, 2012). În plus, femeile percep doar un procent de 76.1% din salariul bărbaților și această diferență crește în cazul femeilor migrante (Encuesta Anual de Estructura Salarial del año 2012 (INE, 2014).

Având în vedere că starea de sănătate a oamenilor este afectată de variabile precum vârsta (Adler et al., 1994; Courtenay, 2000a; Pappas et al., 1993; Sánchez-López, 2014), în acest studiu, diferențele dintre stările de sănătate se pot datora acestei variabile. Vârsta este una dintre variabilele socio-demografice care diferă de la grupul de participanți migranți la grupul de participanți non-migranți, cei mai tineri fiind non-migranții. De asemenea, printre migranți, proporția persoanelor de religie protestantă este mai ridicată, iar acest lucru poate fi cauza pentru care au fost găsite diferențe în ceea ce privește consumul de tutun și alcool între grupul de migranți și grupul de non-migranți. Rezultatele studiului *Adventist Health Study* (Key et al., 1998; Singh, 2001) indică faptul că persoanele adventiste trăiesc mai mult și au o sănătate mai bună, probabil pentru că au un stil de viață mai sănătos (de exemplu, au un stil alimentar mai sănătos și prezintă consum scăzut de tutun și alcool).

Ipoteza 3.2 analizează *diferențele dintre sănătatea fizică și mintală la femei și bărbați* (migranți și non-migranți). Cum era de așteptat, s-au obținut diferențe

semnificative statistic vorbind, atât în cazul femeilor migrante, cât și în cazul femeilor non-migrante. Prin urmare, această ipoteză este confirmată.

Studiile au demonstrat că diferențele dintre stările de sănătate ale bărbaților și femeilor apar din motive biologice, sociale sau de natură comportamentală (Brabete et al., 2013; Oksuzyan et al., 2010; Sánchez-López, 2014). Este aproape imposibil un studiu al tuturor interacțiunilor posibile care pot afecta starea de sănătate a oamenilor. Printre motivele biologice se numără diferențele hormonale între bărbați și femei (McEwen și Alves, 1999; Waldron, 1995), sistemul imunitar diferit (Crimmins și Finch, 2006) și diferențele genetice (Austad, 2006; Morris și Harrison, 2009). Cu toate acestea, femeile sunt implicate mai mult decât bărbații în activități comportamentale sănătoase și, de asemenea, au un stil de viață mai sănătos (Kandrack, Grant și Segall, 1991; Waldron, 1997). Bărbații au un stil de viață mai nesănătos (OMS, 2000) și tind să se implice mai mult în conduitele de risc pentru sănătate cum ar fi consumul de tutun și alcool, consumul de substanțe la volan, au mai multe activități care implică riscuri, au un stil alimentar nesănătos, iar toți acești factori pot duce la apariția unor probleme de sănătate (Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun, Jonwutiwes și Bellis, 2004).

În această cercetare, femeile își apreciază starea de sănătate ca fiind mai proastă decât cea a bărbaților, prezintă mai multe dureri, precum și un număr mai mare de vizite la medic. Aceste rezultate coroborează rezultatele obținute în majoritatea studiilor care analizează diferențele de sănătate dintre bărbați și femei. Cu privire la sănătatea fizică, femeile informează că au o stare mai proastă decât cea a bărbaților (Borrell și Benach, 2006; INE, 2009; Malmusi y Gotsens, 2014; Singh-Manoux, Guéguen, Martikainen, Ferrie, Marmot y Shipley, 2007; Sánchez-López, Aparicio și Dresch, 2006; Sánchez-López, Cuéllar-Flores și Dresch, 2012). În plus, ele enumeră mai multe boli sau probleme de sănătate (European Union, 2011; ENS, 2012; INE, 2009). Consumul de medicamente este mai ridicat în cazul femeilor decât în cazul bărbaților (Ballesta și Gotsens, 2014; Saavedra-San Román, 2013). În cazul consumului de tutun, femeile fumează mai puțin decât bărbații (Bodriesz et al., 2014) deși s-a observat că femeile mai tinere fumează la fel sau mai mult decât bărbații (ENS, 2012; European Union, 2011; INE, 2009; Negoescu, 2001). Aceleași rezultate s-au obținut și în cazul consumului de alcool (ENS 2012; European Union, 2011). În această cercetare, s-a obținut un procent mai mic de femei care consumă alcool și tutun. În cazul migranților, rezultatele sunt confirmate în ceea ce privește consumul de alcool, dar nu și în ceea ce privește

consumul de tutun. În cele din urmă, femeile consumă mai multe medicamente sau medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos decât bărbații.

În ceea ce privește diferențele dintre femei și bărbați în cazul stării de sănătate mintală, acestea nu se repetă în această cercetare, deși bibliografia de specialitate a demonstrat faptul că femeile au o stare de sănătate mintală mai proastă decât bărbații (Collazos et al., 2014; European Union, 2011; OMS, 2002; Sánchez-López, López-García, Dresch y Corbalán, 2008). Femeile obțin un scor mai mare decât bărbații atunci când se analizează GHQ-12, dar aceste diferențe nu sunt semnificative din punct de vedere statistic. Cu toate acestea, consumul de medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos consolidează ideea potrivit căreia femeile au o sănătate mintală mai proastă în comparație cu cea a bărbaților, deoarece acestea consumă mai multe medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Din punctul de vedere al perspectivei de gen, medicalizarea sănătății femeilor a fost criticată, pentru că femeilor le sunt prescrise mai mult decât bărbaților medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Pe de altă parte, numărul femeilor care primesc acest tip de medicamente nu este corespunzător frecvenței apariției tulburărilor de depresie și anxietate la femei și bărbați (Valls, 2014). În cazul stresului aculturativ, diferențele dintre bărbați și femei nu sunt semnificative din punct de vedere statistic, dar femeile migrante obțin un scor mai ridicat decât bărbații migranți. De asemenea, nu au fost găsite diferențe în ceea ce privește timpul alocat somnului (Actis, Pereda și de Prada, 2004; ENS 2006; Ling-Ling și Sheng-Ping, 2004). Nu s-au găsit diferențe semnificative nici în cazul celor trei itemi care măsoară satisfacția (față de familie, locul de muncă și la nivel global).

Nu se confirmă ipoteza 3.5 *despre diferențele dintre indicatorii de sănătate în funcție de timpul de rezidență*. Conform *efectului imigrantului sănătos*, starea de sănătate a migranților este mai bună decât cea a populației native, dar după 10 ani de rezidență, aceasta începe să se înrăutățească. Rezultatele acestei cercetări nu sprijină existența acestui efect. De fapt, în ceea ce privește stresul acculturativ, migranții care locuiesc în Spania de mai bine de 10 ani obțin un scor mai scăzut. În ceea ce privește adaptarea la viața din țara gazdă, migranții trec prin faze diferite. În primul rând, la început, nivelul de stres acculturativ este foarte mare și ulterior, acest nivel scade ca urmare a adaptării migranților la viața din țara gazdă (Takeuchi, Alegria, Jackson y Williams, 2007; Ward, Okura, Kennedy și Kojima, 1998).

Ultima ipoteză a acestui obiectiv (3.6) confirmă posibilele legături dintre stresul aculturativ și sănătatea mintală, precum și cele dintre stresul aculturativ și sprijinul social.

Stresul aculturativ are legătură cu factorii de stres de natură fizică, biologică, politică, economică și culturală, prezenți pe durata procesului migrator. Este cunoscut faptul că stresul aculturativ depinde de fiecare individ (Berry et al., 1987), dar procesul de aculturație are un rol fundamental. Migranții care caută să păstreze obiceiurile românești tind să prezinte niveluri mai ridicate de stres acculturativ. Alte cercetări au dovedit relația existentă între stresul aculturativ și anxietate (Yoon et al., 2013). Anxietatea poate fi cauzată de factori externi sau de percepții externe legate de grija cu privire la modul în care persoana este văzută și acceptată de către ceilalți, teama de a fi respins sau sentimentele de nesiguranță (APA, 1994). De aceea, persoanele care păstrează obiceiurile românești pot manifesta anxietate atunci când interacționează cu alte persoane din afara cercului de persoane din țara de origine, probabil pentru că nu dețin abilitățile lingvistice necesare în spaniolă atunci când trebuie să interacționeze cu spaniolii.

Hovey (2000) și Hovey și King (1996, 1997) extind modelul lui Berry și analizează consecințele unui nivel ridicat de stres aculturativ. Potrivit acestui model, persoanele care au un nivel ridicat de stres de aculturație prezintă un risc mai mare de a avea anxietate și depresie. Acești autori au descoperit că persoanele care au așteptări pozitive în ceea ce privește viitorul și un nivel relativ ridicat de sprijin social prezintă un risc mai scăzut de a avea depresie decât persoanele cu așteptări negative și un nivel mai scăzut de sprijin social. În acest fel, analizând relațiile dintre stresul de aculturație și sănătatea mintală, mai multe studii (Hovey, 2000; Hovey și King, 1996; Hovey y Magaña, 2000) au obținut corelații pozitive între stresul de aculturație și depresie și ideatie legată de suicid. Prin urmare, acei imigranți care au un nivel mai ridicat de stres de aculturație prezintă riscul de a avea nivele critice de disconfort psihic, în timp ce alte variabile, cum ar fi sprijinul social și așteptările pozitive, îi pot proteja de disconfortul psihic care are loc în timpul procesului migrator. De asemenea, există studii (de exemplu, Salgado, Castañeda, Talavera și Lindsay, 2012) care nu găsesc nicio relație între stresul de aculturație și sănătatea mintală.

13.3.4. Obiectivul 4. Genul

Se confirmă prima ipoteză (4.1) care analizează *diferențele în ceea ce privește conformitatea cu normele de gen feminine la femeile migrante și românce care nu au migrat, pe de o parte și femeile românce (atât cele care au migrat cât și cele care nu au migrat) și femei spaniole, de cealaltă parte.*

În primul rând, în ceea ce privește comparația dintre femeile românce din România și femeile spaniole, grupul de femei românce obține scoruri mai mari pe următoarele scale: 2-Îngrijirea copiilor, 3-Subțirime, 4-Romantică în relațiile de cuplu, 6-Fidelitate sexuală, 7-Gospodină, 8-Investiție în imagine, precum și la punctajul total al instrumentului CFNI. Aceste rezultate sugerează că femeile din România sunt mai interesate să aibă grijă de copii, mai preocupate de a avea o siluetă zveltă, consideră importantă fidelitatea sexuală în cuplu, sunt romantice și gospodine în casă. De asemenea, se preocupă mai mult decât femeile spaniole să își îngrijească aspectul fizic. Pe de altă parte, femeile spaniole consideră că este mult mai important să fii plăcută și draguță în relațiile cu ceilalți și evită să atragă atenția asupra lor. Cele mai pronunțate diferențe s-au obținut în cazul normelor 4-Fidelitate sexuală și 6-Romantică în relații de cuplu.

În ceea ce privește diferențele dintre femeile migrante și femeile spaniole, femeile migrante demonstrează un nivel mai ridicat de conformitate în ceea ce privește îngrijirea copiilor, se preocupă să-și mențină un corp zvelt, sunt mai fidele într-o relație de cuplu, se ocupă de menaj și curățenie și, în general, obțin un nivel mai ridicat de conformitate cu normele de gen feminine (scorul total). Femeile spaniole obțin un scor mai mare în ceea ce privește importanța de a fi plăcută și drăguță în relațiile cu ceilalți. Cu privire la mărimea efectului, acesta oscilează între valori mici, medii și mari. Valorile cele mai ridicate au fost înregistrate la normele de gen 4-Fidelitate sexuală și 6-Romantică în relațiile de cuplu.

Nivelul ridicat de conformitate cu normele de gen feminine la femeile din România (migrante și non-migrante) se înțelege în contextul în care indicele egalității de gen în România este de 35.3 (Instituto Europeo de Igualdad de Género, 2013), departe de media europeană (54 de puncte), în timp ce în Spania, scorul este egal cu această medie. Lipsa unei perspective de gen și a unei mișcări feministe create în cadrul societății românești, luând în considerare caracteristicile țării și societății românești (Miroiu, 2004) a contribuit la starea de fapte potrivit căreia mentalitatea și normele de

gen feminine nu se află sub semnul întrebării. Astfel, după cum se menționează în Barometrul de gen românesc (Gallup Organization Romania, 2000), sarcinile domestice și de îngrijire a copiilor sunt considerate sarcini de care se ocupă femeile. În plus, normele de gen feminine din România promovează o imagine asociată cu supunerea, fără preocupări personale, cu devotament și afecțiune pentru soț și familie (Kligman, 1991).

Rezultatele comparațiilor dintre grupul de femei non-migrante și grupul de femei migrante arată că femeile migrante obțin un scor mai ridicat în ceea ce privește conformitatea cu normele de gen feminine, în general (scor total) și, de asemenea, la punctele 4-Fidelitate sexuală, 5-Modestie și 7-Gospodină. În schimb, femeile care locuiesc în România obțin un scor mult mai ridicat în ceea ce privește scala 8-Investiție în imagine. Deși există diferențe în ceea ce privește scalele menționate anterior, mărimea efectului este mică. Conform ipotezei, se confirmă aceste diferențe semnificative statistic, astfel că femeile migrante au obținut scoruri mai mici pe scalele corespunzătoare normelor de gen. Ipoteza este confirmată parțial și se constată diferențe semnificative din punct de vedere statistic între femeile migrante și femeile non-migrante, dar femeile migrante au un nivel mai ridicat de conformitate în ceea ce privește normele de gen feminine. Aceleași rezultate au fost obținute și în cazul migranților din Bangladesh care locuiesc în SUA (Baluja, 2002). În acest caz, atât femeile cât și bărbații sunt mult mai tradiționali în ceea ce privește atitudinea față de normele de gen, comparativ cu cei care nu au migrat.

Morokvasic (2007) susține că, atunci când se analizează rolurile de gen ale femeilor, migrația poate avea două rezultate posibile: schimbări în ceea ce le privește pe femei și transformarea spre roluri de gen mai echitabile sau, dimpotrivă, consolidarea sistemului patriarhal de dominație. Fiind un studiu transversal, rezultatele obținute nu permit examinarea efectelor migrației asupra migrantelor. Femeile migrante au un nivel mai ridicat de conformitate cu normele de gen feminine decât femeile care locuiesc în România. Valoarea mărimii efectului în ceea ce privește diferențele dintre femeile migrante și femeile non-migrante este 0.27; între femeile românce care locuiesc în România și femeile spaniole este egal cu 0.57 și, în cele din urmă, cele dintre femeile migrante și femeile spaniole este 0.85. În toate cele trei cazuri, valorile mărimii efectului oscilează în funcție de scală.

Faptul că femeile prezintă un nivel mai ridicat de conformitate cu normele tradiționale de gen poate avea legătură cu beneficiile pe care femeile le obțin pe termen

scurt din acest punct de vedere (Morokvasic, 2007) deoarece studiile arată că pe piața forței de muncă, angajatorii le preferă tocmai pentru că sunt considerate mult mai tradiționale față de normele de gen feminine (Davidovic, 2009; Izquierdo, 2003). De asemenea, atunci când caută o parteneră de o altă naționalitate, bărbații spanioli, iau în considerare caracteristici care au legătură cu normele tradiționale de gen, cum ar fi docilitatea, frumusețea și senzualitatea (Roca, 2009).

Contactul cu societatea țării gazdă și cu norme de gen mai puțin tradiționale au un efect de emancipare socială în cazul femeilor migrante, având legătură cu abilitățile nou dobândite și independența economică (Aparicio et al., 2012; Vlase, 2012). Dar este posibil ca această emancipare să nu intervină asupra propriilor idei despre normele de gen, probabil pentru a nu-și chestiona propria identitate, construită în opoziție cu identitatea masculină (Aparicio et al., 2012). În acest studiu, în ciuda posibilității de a chestiona asimetriile de gen, migrantele române nu o fac (Vlase, 2012). Aflându-se într-o altă țară, cu norme de gen diferite, migrantele române își consolidează propria identitate feminină pentru a se diferenția de femeile spaniole. Rezultatele studiului realizat de Iliescu (2012) susțin această ipoteză, deoarece participantele din cercetarea autoarei consideră că dacă ar adopta stilul vestimentar practic al femeilor spaniole nu și-ar putea exprima feminitatea.

Potrivit lui Connell (1996), într-un moment istoric pot coexista diferite masculinități și feminități. Astfel, deși în Spania egalitatea de șanse este o temă la care se lucrează mai mult decât în România pentru a se ajunge la o egalitate reală între femei și bărbați, și, deși femeile migrante pot avea avantaje care au legătură cu genul (Morokvasic, 2007), acestea se pot simți și presate să asume anumite norme de gen feminine cu care nu sunt de acord (de exemplu, în cercetarea realizată de către Iliescu (2012), una dintre participante explică modul în care șeful său îi sugerează să se îmbrace într-un anumit fel la locul de muncă, iar ea, cu toate că nu se identifică cu acest mod de a se îmbrăca, este de acord). Prin urmare, fără alte măsuri, fenomenul migratoriu, nu poate modifica configurația normelor de gen. De asemenea, genul are un rol foarte important în cadrul acestui fenomen și este folosit de către migranți pentru propriile scopuri într-un context social, politic și economic care nu are niciun interes în a promova egalitatea de gen în rândul migranților și a migrantelor (Morokvasic, 2007).

Ipoteza 4.2 conform căreia *bărbații din România (migranți și non-migranți) au un nivel mai ridicat de conformitate cu normele de gen masculine decât bărbații spanioli* este confirmată. În comparație cu bărbații spanioli, românii care locuiesc în

România obțin un scor mai ridicat pe scalele 1-Câștig, 2-Control emoțional, 3-Comportamente de risc, 5-Putere asupra femeilor, 6-Dominație 9-Importanța muncii, 10-Disprețul față de homosexualitate, 11-Poziție socială. În cazul mărimii efectului, valorile oscilează între mici și mari, iar diferențele cele mai mari s-au obținut la scala 6-Dominație și 10-Disprețul față de homosexualitate.

Migranții români au un nivel mai ridicat de conformitate în ceea ce privește scalele 1-Câștig, 2-Control emoțional, 3-Comportamente de risc, 6-Dominanță, 9-Importanța muncii și 10-Disprețul față de homosexualitate. Pe de altă parte, spaniolii obțin un scor mai mare pe scalele 4-Violență și 7-Playboy. Valorile obținute pentru mărimea efectului sunt mici și moderate.

În ceea ce privește conformitatea cu normele de gen masculine, nivelul mai ridicat în cazul bărbaților români are legătură cu existența unor norme de gen tradiționale menținute fără critică atât în timpul patriarhatului comunist, cât și în timpul tranziției. Societatea românească are aceleași norme de gen masculine care există și în alte societăți occidentale (Bartos et al., 2010). Aceste norme se bazează pe mesaje potrivit cărora bărbații sunt puternici, duri, au control asupra emoțiilor; își asumă responsabilitatea economică față de familie, pe care trebuie să o protejeze chiar dacă trebuie să folosească forța fizică și violența (Pasti, 2001). De asemenea, este de așteptat să aibă aventuri, iar viața lor sexuală să fie caracterizată de promiscuitate (Baban, 2003).

În cazul ipotezei conform *căreia bărbații migranți obțin un nivel mai ridicat de conformitate cu normele de gen masculine, față de bărbații români care locuiesc în România*, aceasta nu este confirmată. Dimpotrivă, conformitatea cu normele de gen masculine este mai ridicată la românii care locuiesc în România (în cazul tuturor scalelor cu diferențe semnificative din punct de vedere statistic). Aceștia vor să fie admirați și respectați pentru succesul obținut; de asemenea, au atitudini mai dure și sunt mai de acord cu violența decât migranții români care locuiesc în Spania; consideră că femeile trebuie să fie supuse bărbaților; se arată dispuși să aibă aventuri și au un scor mai ridicat pe scala care măsoară disprețul față de homosexualitate, pe de o parte, și asumarea rolului de cap al familiei, de cealaltă parte.

Contactul cu o societate și cultură diferite permite renegocierea identității de gen, atât în cazul bărbaților cât și în cazul femeilor (Benmayor și Skotnes, 2005; Kofman et al, 2001). Deși bărbații migranți care locuiesc în Spania percep că își pierd poziția privilegiată în ceea ce privește relațiile de gen (Aparicio et al., 2012), bărbații migranți din acest studiu au un nivel de conformitate cu normele de gen masculine mai

scăzut decât bărbații care locuiesc în România. Această conformitate mai scăzută cu normele tradiționale de gen poate avea legătură cu faptul că migranții au contacte cu norme de gen diferite. De fapt, rezultatele indică faptul că migranții români le sunt mai asemănători bărbaților spanioli decât bărbaților români. Deși bărbații încearcă să negocieze o masculinitate hegemonică (Nare, 2010; Sartori, 2012), este probabil ca traiul în societatea spaniolă să îi fi făcut să reflecteze asupra rolurilor de gen, ajungând astfel la o conformitate inferioară. Dacă se reflectează asupra normelor de gen, scade probabilitatea de a fi de acord cu masculinitatea hegemonică (Wang, 2002).

În cazul ipotezei 4.3 se analizează *relațiile dintre indicatorii de sănătate și normele de gen feminine* (Mahalik et al., 2003). Rezultatele acestui studiu sprijină rezultatele obținute de către alți cercetători (Brabete și Sánchez-López, 2012; Cuéllar-Flores și Sánchez-López, 2011; Rivas-Diez, 2014; Saavedra-San Román, 2013; Sánchez-López, Cuéllar-Flores și Dresch, 2012). În această cercetare s-au obținut corelații între scalele instrumentului CFNI și indicatorii de sănătate, atât în cazul femeilor care locuiesc în România ca și în cazul femeilor migrante. După cum se sugerează în alte cercetări, rezultatele se pot datora însă diferențelor culturale, pe de o parte, dar și importanței diferite acordate normelor de gen în cazul fiecărui grup de participante, de cealaltă parte, deoarece corelațiile sunt adesea diferite în funcție de eșantionul studiat (Brabete et al., 2013). Cu toate acestea, în cazul în care corelațiile dintre scorul total CFNI și indicatorii de sănătate sunt analizate cu atenție, se poate observa că, de obicei, nu există o legătură între scorul total CFNI și indicatorii de sănătate, ca și în alte studii (Cuéllar-Flores și Sánchez-López, 2011; Rivas-Diez, 2014; Sánchez-López, Cuéllar-Flores și Dresch, 2012). Mai mult, aceste rezultate sprijină utilizarea instrumentului CFNI ca scală multidimensională pentru măsurarea genului în funcție de normele feminine de gen, ca în această cercetare.

În cazul femeilor non-migrante, s-au obținut 15 corelații negative între normele feminine de gen și indicatorii de sănătate și 5 corelații pozitive (deși una dintre ele este o corelație cu starea de sănătate mintală, interpretată în așa fel încât un scor mai mare la scla CFNI înseamnă o stare desănătate mintală mai proastă). În cazul femeilor migrante s-au obținut 14 corelații negative și 4 corelații pozitive.

În continuare se detaliază corelațiile semnificative din punct de vedere statistic între normele feminine de gen și indicatorii de sănătate în cazul femeilor române migrante și non-migrante. Se observă următorul lucru: cu cât femeile încearcă mai mult să fie plăcute și drăguțe în relațiile cu ceilalți (1-Drăguță în relațiile cu ceilalți), cu atât

obțin un scor mai mare în ceea ce privește satisfacția generală. Deși, în principiu, această relație pare să contrazică ipoteza inițială, trebuie luat în considerare faptul că, în cazul în care femeile adoptă un rol mai tradițional, încercând să își concentreze atenția asupra celorlalți, ele se vor simți mai bine cu ele însele. Un scor ridicat pe scala 2-Grija copiilor se asociază cu mai multe vizite la medic (însoțind o altă persoană). Cu toate acestea, această normă de gen pare să protejeze în ceea ce privește consumul de alcool și tutun. Există numeroase studii care susțin că femeile adoptă comportamente sănătoase în mai mare măsură decât bărbații (Courtenay, 2000a, 2000b; Lorber și Moore, 2002).

Femeile care se preocupă mai mult de o siluetă zveltă (3-Subțirime) au o stare de sănătate fizică mai proastă și se simt mai puțin satisfăcute în general. De asemenea, un scor ridicat pe scala 4-Fidelitate sexuală se corelează pozitiv cu sănătatea mintală. Cu alte cuvinte, cu cât conformitatea cu această normă este mai ridicată, cu atât starea de sănătate mintală este mai proastă. Cu toate acestea, această conformitate mai ridicată se asociază cu faptul că nu se consumă alcool sau tutun. Consumul de tutun și alcoolul sunt două comportamente care nu sunt în concordanță cu rolul tradițional feminin (Courtenay, 2000a, 2000b; Lorber și Moore, 2002). Modestia are legătură cu o stare de sănătate fizică și mentală mai proastă, cu o satisfacție mai scăzută și cu mai puțin timp pentru somn. Și alte cercetări au subliniat importanța acestei norme de gen în ceea ce privește sănătatea femeilor (Borrell et al., 2006; Case și Paxson, 2005; Kirchengast și Haslinger, 2008; Kondo et al., 2008; Sánchez-López et al., 2006; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrid et al., 2007). A fi romantică în relațiile de cuplu se asociază cu mai multe vizite la medic (însoțind o altă persoană). Cu toate că aceste femei nu consumă alcool, ele consumă medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Un nivel mai ridicat de devotament față de sarcinile din gospodărie (7-Gospodină) se asociază cu o stare de sănătate fizică mai proastă, dar aceste femei nu consumă alcool. În cele din urmă, femeile care au un scor mai mare pe scala 8-Investiția în imagine, fumează. Deși normele feminine de gen, în general, nu sunt în concordanță cu consumul de tutun și alcool (Brabete et al., 2013), se pare că păstrarea și îmbunătățirea aspectului fizic la femei se asociază cu fumatul.

În cazul femeilor migrante, cu cât acestea obțin un scor mai mare pe scala 1-Drăguță în relațiile cu ceilalți, cu atât mai puțin dorm și nu consumă alcool. Ca și în cazul femeilor românce non-migrante, femeile migrante care au un scor ridicat în cazul normei de gen 2-Grija copiilor nu consumă alcool. Un nivel mai ridicat de conformitate cu norma de gen 3-Subțirime este asociată cu un nivel mai scăzut

desatisfacție generală, dar un nivel de stres aculturativ mai ridicat și cu consumul de medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Consumul de tutun și alcool se asociază în același fel cu scala 4-Fidelitate sexuală ca și în cazul femeilor non-migrante. Un scor mai ridicat pe scala de 5-Modestie se corelează cu un nivel de satisfacție mai scăzut. Concordanța cu norma de gen 6-Romantică în relații se asociază cu abținerea de la alcool. Deși în cazul femeilor non-migrante, un nivel mai ridicat de dăruire pentru sarcinile ce țin de gospodărie se asociază cu abținerea de la alcool, în cazul femeilor migrante, acesta se asociază atât cu abținerea de la alcool, cât și cu faptul că ele nu fumează. Un nivel mai ridicat de conformitate cu norma de gen 8-Investiția în imagine se corelează cu o stare de sănătate fizică mai bună, dar și cu mai multe dureri și, la fel ca în cazul femeilor din România, cu consumul de alcool. În cazul femeilor maltratate, s-a obținut același rezultat între această scală și sănătatea fizică (Rivas-Diez, 2014).

În ceea ce privește *corelațiile dintre normele masculine de gen și indicatorii de sănătate* (4.4), este confirmată și ultima ipoteză a acestui obiectiv. În cazul bărbaților care locuiesc în România, cei care obțin un scor mai ridicat pe scala 3-Comportamente de risc, au o stare de sănătate fizică mai bună și nu consumă medicamente. Comportamentele de risc constituie un factor de pericol pentru sănătatea bărbaților pentru că aceștia tind să aibă relații sexualeneprotejate, consumă alcool și apoi se urcă la volan și fac sporturi extreme (Mahalik și Burns, 2011; Mahalik et al., 2007; Mahalik et al., 2006). Bărbații mai tradiționali au o stare de sănătate mai slabă și s-a demonstrat că rolul tradițional masculin se corelează cu un nivel mai scăzut de sănătate fizică. De asemenea, ei tind să-și supraestimeze starea de sănătate, adaptându-se la mesaje despre masculinitate pe care le primesc din partea societății: își asumă riscuri și nu se preocupă de sănătate, nu arată că ar avea probleme fizice, nu cer ajutor medical până când problemele nu devin acute (Verdonk, Seesing și Rijk, 2010). Având în vedere aceste considerente, rezultatele prezentului studiu sprijină aceste interpretări.

Un scor mai mare pe scala 4-Violență se corelează indirect cu satisfacția generală și direct cu numărul de dureri resimțite, cu numărul de ore de somn și consumul de tutun. Astfel, bărbații care sunt mai tradiționali se simt mai puțin satisfăcuți în general și prezintă mai multe dureri. Pe de altă parte, ei și dorm mai mult, fumează și iau medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Aceste rezultate indică faptul că unele norme masculine de gen au legătură cu satisfacția bărbaților. În cazul studiului realizat de Saavedra-San Román (2013) cu privire la starea de sănătate a asistenților medicali, conformitatea cu această normă de gen era legată de consumul de

medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Cu alte cuvinte, spre deosebire de acest studiu, acolo se arăta că bărbații care consideră că violența este justificată în anumite condiții nu consumă medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos. Scala 5-Putere asupra femeilor este asociată direct cu prezența durerilor. Conformitatea cu norma de gen 6-Dominanța se asociază cu o mai bună stare de sănătate fizică și mintală, dar și cu un număr mai mare de vizite la medic. Scorurile mari pe scala 7-Playboy se asociază cu faptul că nu se consumă medicamente. Norma de gen 8-Independență este asociată cu o prezență mai mare a durerilor. 10-Disprețul față de homosexualitate se corelează cu o stare de sănătate mai bună. Un nivel mai ridicat de conformitate cu norma de gen 11-Poziție socială se corelează cu o mai bună stare de sănătate fizică și mintală, cu consumul mai redus de medicamente și cu un grad mai mic de dureri resimțite.

În cazul bărbaților migranți, nu există nicio relație între scorul total CMNI și starea de sănătate fizică, mintală și stresul aculturativ dar s-a obținut o corelație între CMNI și satisfacția generală. În timp ce bărbații care obțin un scor mai mare pe scala 5-Putere asupra femeilor tind să își perceapă sănătatea ca fiind mai bună, bărbații care sunt mai în concordanță cu norma de gen 10-Dispreț față de homosexualitate tind să își perceapă starea de sănătate fizică drept una mai proastă. În cazul sănătății mintale, scala 8-Independență are legătură directă cu sănătatea mintală (cu alte cuvinte, un scor mai mare pe această scală este asociat cu o sănătate mintală mai săracă). În schimb, în cazul scalei 11-Căutarea unui statut social, relația între aceasta scala și sănătatea mintală este negativă statutului 11 (un scor mai ridicat pe această scală înseamnă o stare mai proastă de sănătate mintală). Bărbații care au un nivel mai ridicat de conformitate cu norma 1-Câștig tind să se simtă mai puțin satisfăcuți. Același lucru se aplică și în cazul scorului total de CMNI: bărbații care manifestă un grad mai ridicat de conformitate cu normele de gen masculine, tind să se simtă mai puțin satisfăcuți. Nu s-a găsit nicio asociere între stresul aculturativ și normele de gen masculine. Consumul de alcool este asociat cu scoruri mai ridicate la scalele 2-Control emoțional, 7-Playboy și scoruri mai mici la scala 10-Dispreț față de homosexualitate și 11-Căutarea unei poziții sociale. Nu s-au găsit corelații între consumul de tutun și conformitatea cu normele de gen masculine și nici între consumul de medicamente și normele de gen masculine. În cele din urmă, utilizarea medicamentelor cu efect asupra sistemului nervos se asociază cu un scor redus pe scala 7-Playboy.

13.3.5. Obiectivul 5. Personalitate

În cadrul acestui obiectiv se analizează, pe de o parte, diferențele în ceea ce privește stilurile de personalitate ale românilor (migranți și non-migranți), respectiv spaniolilor, și de cealaltă parte, diferențele dintre migranți și non-migranți în ceea ce privește personalitatea. De asemenea, se verifică și corelațiile dintre stilurile de personalitate și sănătate și cele dintre stilurile de personalitate și aculturație. Scopul este acela de a prezice care sunt stilurile de personalitate care afectează starea de sănătate fizică/mintală și aculturația. În continuare se detaliază concluziile și discuția în funcție de ipotezele propuse.

Se confirmă ipoteza 5.1 asupra *diferențelor de personalitate care există între migranții români și românii rezidenți în România*. După aplicarea testului *t* Student pentru a compara mediile celor două eșantioane, s-au obținut diferențe semnificative din punct de vedere statistic pentru 11 din cele 24 scale MIPS. Comparând cele două eșantioane, migranții români rezidenți în Spania sunt mai motivați să le satisfacă mai întâi nevoile celorlalți (3B-Protecție). În ceea ce privește stilurile cognitive, ei tind să se bazeze pe experiența directă și pe ceea ce observă ca surse de informare, transformând o nouă informație și adaptând-o la schemele deja cunoscute (7A-Sistematizare). În ceea ce privește relațiile interpersonale, migranții români sunt mai reticenți să participe la diferite activități sociale (8A-Retragere), respectă autoritatea (10B-Conformism) și își ascund sentimentele negative (12B-Consimțământ) mai mult decât românii care locuiesc în România. Românii rezidenți în România sunt mai orientați spre propriile nevoi, fără să se preocupe de nevoile celorlalți oameni (3A-Individualitate), bazându-se mai mult pe surse de informare intangibile și speculative (5B-Intuiție). De asemenea, sunt mai creativi, își asumă mai multe riscuri și se arată mai nemulțumiți față de lucrurile previzibile (7B-Innovație). În privința comportamentelor interpersonale, ei acționează independent și nonconformist (10A-Discrepanță), au multă energie, sunt dominanți și agresivi din punct de vedere social (11B-Dominiu). Valorile mărimii efectului sunt mici.

Comparând eșantionul format de migrantele românce cu eșantionul format de româncele care locuiesc în România, rezultă că primele își bazează cunoștințele pe lucruri concrete (5A-Senzație), transformându-le în funcție de schemele lor anterioare (7A-Sistematizare). Cu privire la relațiile personale, femeile migrante manifestă mai multă lipsă de afectivitate și indiferență socială (8A-Retragere), cooperează mai mult

(10B-Conformism) și au tendința să își ascundă sentimentele negative (12B-Consimțământ). În ceea ce privește femeile non-migrante, ele preferă simbolicul și necunoscutul (5B-Intuiție) și, de obicei, acționează în mod independent și nonconformist (10A-Discrepanță). Valorile mărimii efectului în cazul diferențelor obținute sunt mici, cu excepția scalei 5A-Senzație, pentru care se obține o valoare moderată.

Bărbații români migranți au o tendință mai mare de a-și ascunde sentimentele negative (12B-Consimțământ) în timp ce bărbații non-migranți sunt mai energici și dominanți (11B-Dominiu).

Din punct de vedere teoretic, există concepte cum ar fi *mobicentric man* (Jennings, 1970) și *personalitate pionieră* (Morrison și Wheeler, 1976), dar în domeniul empiric, studiile privind personalitatea migranților sunt foarte rare. Studiul longitudinal realizat de Silventoinen et al. (2007) oferă date foarte interesante legate de personalitatea gemenilor care migrează. Femeile migrante sunt mai extravertite în timp ce bărbații migranți obțin un scor mai mare în ceea ce privește nevrotismul și caracterul extravertit. În acest studiu, migranții români obțin un scor mai mare decât românii care locuiesc în România pentru două stiluri de personalitate maladaptative (Millon, 1994), 3B-Protecție și 8A-Retragere. Celelalte scale în care migranții români obțin un scor mai ridicat sunt considerate a fi adaptative (5A-Senzație, 7A-Sistematizare, 10B-Conformism, 11B-Domeniu și 12B-Consimțământ). De asemenea, femeile migrante diferă în cadrul mai multor stiluri de personalitate decât bărbații, în comparație cu grupul de participanți români non-migranți. Aceste rezultate indică faptul că există diferențe între stilurile de personalitate ale migrantilor români rezidenți în Spania, dar acesta este un studiu transversal și nu putem ști dacă aceste diferențe existau înainte sau nu.

În ceea ce privește diferențele culturale în cadrul personalității românilor (migranți și non-migranți) și spaniolilor, rezultatele coroborează ipoteza propusă. Rezultatele indică faptul că există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între românii care locuiesc în România și spanioli în 20 din cele 24 de scale ale instrumentului MIPS. Românii obțin un scor mai mare pentru scalele: 1A-Expansiune, 2A-Modificare, 3A-Individualitate, 4A-Extraversiune, 5B-Intuiție, 6A-Gândire, 6B-Sentiment, 7A-Sistematizare, 7B-Inovație, 8B-Sociabilitate, 9B-Decizie, 10A-Discrepanță, 11A-Supunere, 11B-Dominiu și 12A-Nemulțumire. În cazul comparației mediilor migranților români și spanioli, s-au găsit diferențe semnificative la nivel

statistic pentru 19 din cele 24 de scale. Migranții obțin un scor mai mare pentru 1A-Expansiune 2A-Modificare, 3A-Individualitate, 3B-Protecție, 4A-Extraversiune, 5B-Intuiție, 6A-Gândire, 6B-Sentiment, 7A-Sistematizare, 7B-Inovație, 8A-Retragere, 8B-Sociabilitate, 9B-Decizie, 10A-Discrepanță, 10B-Conformism, 11A-Supunere și 12A-Nemulțumire. Spaniolii obțin un scor mai mare pentru stilurile de personalitate 2B-Adecvare și 12B- Consimțământ. Aceste rezultate confirmă rezultatele obținute de McCrae și Terracciano (2005a, 2005b) în ceea ce privește personalitatea în cadrul a 51 de culturi. În ambele comparații, valorile pentru dimensiunea efectului în cazul diferențelor variază între valori mici și valori moderate. În alte studii care au comparat spanioli și mexicani sau argentinieni și americani, (Aparicio, 2000), valorile mărimii efectului au fost mici, moderate și mari. Scorul obținut de eșantionul românilor pe graficul de scalare multidimensională (Allik și McCrae, 2004) se găsește alături de cel al spaniolilor (Ispas et al., 2014). Potrivit lui Aparicio (2000), separarea geografică este relevantă atunci când se analizează diferențele dintre persoane care provin din țări diferite, dar trebuie să se țină cont și de sexul și vârsta participanților.

Rezultatele obținute confirmă ipoteza 5.2 asupra *diferențelor în ceea ce privește stilurile de personalitate dintre bărbați și femei*. S-au obținut diferențe semnificative statistic vorbind între femei și bărbați la 13 din cele 24 stiluri de personalitate (în cazul eșantionului din România) și la 7 stiluri de personalitate (în cazul migranților români). Femeile tind mai mult decât bărbații să se concentreze asupra problemelor vieții de zi cu zi, se simt mai motivate să-i satisfacă în primul rând pe ceilalți, preferă simbolicul și necunoscutul, iau hotărâri în funcție de propriile reacții emoționale și se ghidează după valorile personale, își doresc să fie acceptate, dar se tem de dezaprobare și sunt simpatice din punct de vedere social, stabilesc puternice legături emoționale și de loialitate, dar își ascund sentimentele negative. Bărbații își trăiesc viața într-un mod mai optimist, sunt mai preocupați de propriile nevoi, procesează informațiile logic și analitic, caută stimulare și atenție, se cred competenți și încrezători, acționează independent și nonconformist și sunt energici, agresivi din punct de vedere social și dominanți.

S-au obținut diferențe de personalitate între femei și bărbați în numeroase cercetări (Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Lynn și Martin, 1997; McCrae y Terracciano, 2005a, 2005b). Potrivit modelului lui Millon (1994), există diferențe în stilurile de personalitate în funcție de sexe pentru obiectivele motivaționale, Individualism-Protecție. De asemenea, fără a oferi nicio altă explicație, Millon (1994)

propune ipoteza potrivit căreia femeile vor obține un scor mai mare în toate scalele considerate maladaptative. Rezultatele cercetărilor efectuate folosind acest model confirmă aceste ipoteze (Bonilla-Campos și Castro-Solano, 2000; Cuéllar-Flores, 2013). Cu toate acestea, în cazul construirii unui instrument de măsurare a personalității, dacă nu este luată în considerare dimensiunea genului, este foarte probabil ca testul respectiv să conțină erori în defavoarea unuia dintre sexe – erori care au la bază construcția socioculturală a feminității și masculinității (Baker și Mason, 2010). De asemenea, există mai multe asemănări decât diferențe între bărbați și femei, și, în orice caz, dacă există diferențe, acestea sunt foarte mici (Hyde, 2005). În cazul românilor, diferențele găsite au o magnitudine mică sau moderată.

În ceea ce privește ipoteza 5.3 (*corelația dintre timpul petrecut în Spania și stilurile de personalitate*), rezultatele demonstrează faptul că timpul petrecut în Spania se corelează pozitiv cu stilul de personalitate 1A-Expansiune. Acest lucru înseamnă că oamenii devin mai optimiști cu privire la viitor, pe parcursul anilor petrecuți în Spania. Dimpotrivă, timpul de ședere în Spania se corelează negativ cu stilurile 1B-Conservare, 5B-Intuiție, 10A-Discrepanță și 12A-Nemulțumire. Conform rezultatelor, o perioadă mai lungă de ședere în Spania se asociază cu o atenție mai scăzută acordată problemelor de zi cu zi; migranții care au petrecut mai mult timp în Spania preferă mai puțin simbolicul și necunoscutul, acționează mai puțin independent și nonconformist și tind să aibă mai puține stări emoționale și comportamente variabile.

Femeile care locuiesc de mai mult timp în Spania tind să se concentreze mai puțin asupra propriilor nevoi, în timp ce bărbații care au reședința de mai mult timp în Spania tind să se concentreze mai puțin asupra problemelor de zi cu zi și au tendința de a transforma mai puțin noile informații, adaptându-le la ceea ce le este cunoscut.

Se confirmă rezultatele ipotezei care confirmă *corelația dintre sănătate și stilurile de personalitate atât în grupul românilor rezidenți în România, cât și în cazul migranților români rezidenți în Spania* (ipoteza 5.4). În general, scalele MIPS considerate mai puțin adaptative se relaționează cu o stare mai proastă de sănătate fizică și psihologică. De cealaltă parte, stilurile de personalitate adaptative se asociază cu o mai bună sănătate fizică și psihologică. Scala 12B-Consimțământ, adaptativă pentru Millon, păstrează o corelație negativă cu starea de sănătate fizică și una pozitivă cu starea de sănătate mintală (scorul obținut în GHQ-12 este interpretat în așa fel încât un scor mai mare înseamnă o stare de sănătate mintală mai proastă). Mai mult, nu a fost găsită nicio corelație cu nivelul de satisfacție generală. Acesta se comportă ca un stil de

personalitate maladaptativ deoarece se corelează cu o stare de sănătate fizică și mintală mai proastă. Aceeași relație între această scală și starea de sănătate a fost găsită și în cazul femeilor maltratate (Rivas-Diez, 2014). În general, rezultatele diferă în cazul în care este vorba despre migranți sau nu și, de asemenea, în funcție de sex.

Participanții români care își percep propria stare de sănătate fizică drept una mai slabă se caracterizează prin faptul că sunt mai pesimiști și preocupați de greutățile vieții, manifestă slabe inițiative pentru a schimba situația, sunt motivați să-și satisfacă în primul rând pe ceilalți, sunt retrași și predispuși la izolare, sunt nesiguri, acționează independent și nonconformist, sunt supuși altora, au străide spirit schimbătoare și sunt simpatici din punct de vedere social, ascunzându-și sentimentele negative. În ceea ce privește de stilurile cognitive, utilizează propriile gânduri și sentimente pentru a procesa informația, preferă intangibilul și iau hotărâri ținând cont de propriile lor reacții emoționale și valori personale. Dimpotrivă, în cazul românilor care locuiesc în România, se observă că dacă își percep starea de sănătate fizică drept una mai bună, acest lucru se asociază cu o perspectivă optimistă asupra vieții, hotărâre, inițiativă în ceea ce privește schimbarea și transformarea anturajului; aceștia sunt concentrați asupra nevoilor proprii; se bazează pe surse externe, asimilează informațiile în funcție de schemele anterioare, sunt sociabili, siguri pe ei înșiși, energici și dominanți din punct de vedere social.

Românii din România cu stare de sănătate psihologică mai proastă (satisfacție generală mai slabă și o stare de sănătate mintală mai proastă) se caracterizează prin faptul că își trăiesc viața într-un mod mai pesimist, concentrându-se pe dificultăți, au mai puțină inițiativă în ceea ce privește schimbarea situației; își folosesc propriile gânduri și sentimente pentru a procesa informațiile, preferă intangibilul și se bazează pe reacțiile emoționale și propriile valori personale. De asemenea, sunt mai inhibați la nivel social, mai nesiguri și timizi în contexte sociale; acționează independent și nonconformist, sunt supuși altora, instabili din punct de vedere emoțional, sunt simpatici la nivel social și își ascund sentimentele negative. Pe de altă parte, o stare de sănătate psihologică mai bună se asociază cu stiluri de personalitate caracterizate de optimism atunci când este vorba de a-și trăia viața; tendința de a schimba condițiile din jur pentru a-și îndeplini dorințele; se concentrează asupra nevoilor lor; obțin informații din surse externe și le transformă în funcție de punctele de vedere anterioare; se arată simpatici în societate, siguri pe ei, dau dovadă de cooperare și demonstrează respect față de norme și autoritate.

Odată comparate rezultatele femeilor cu rezultatele bărbaților, se observă mici variații. Același lucru se întâmplă și în cazul migranților rezidenți în Spania, deși se menține același model de corelații. În cazul stresului de aculturație, migranții care au un nivel mai scăzut de stres de aculturație înfruntă viața cu optimism și hotărâre și se consideră competenți și încrezători. Pe de altă parte, migranții care prezintă mai mult stres de aculturație își trăiesc viața într-un mod pesimist, adaptându-se la circumstanțele create de alții, nu încearcă să le schimbe; se folosesc de propriile gânduri și sentimente pentru a procesa informații; preferă intangibilul și prelucrează cunoștințele atât prin logică și analiză, cât și luând în considerare propriile reacții emoționale și valori personale, sunt retrași și manifestă tendințe de izolare, acționează independent și nonconformist, sunt supuși și instabili la nivel emoțional și din punct de vedere comportamental.

Stilurile cognitive, adică modul în care se prelucrează informațiile, sunt stilurile de personalitate cel mai puțin legate de starea de sănătate a românilor (migranți și non-migranți). În cazul românilor, comportamentele interpersonale sunt mult mai importante pentru determinarea stării de sănătate, așa cum au demonstrat și alte studii anterioare (Cardenal și Fierro, 2001; Dresch, 2006). Potrivit lui Millon (1994, 2004), modul în care persoanele se relaționează este important pentru experiențele de zi cu zi, de aceea variabilele interpersonale sunt considerate mai importante decât modurile cognitive și obiectivele motivaționale.

În ceea ce privește rezultatele regresiiilor necesare pentru a prezice stilurile de personalitate care intervin în sănătatea fizică/psihică a românilor (migranți și non-migranți) există unele variații. Pentru grupul români rezidenți în România, stilurile 11A-Supunere și 1B-Conservare explică 13.9% din variația percepției proprii stări de sănătate astfel încât un nivel mai ridicat de supunere și o atenție mai ridicată acordată problemelor de zi cu zi prezic o stare de sănătate fizică mai proastă. Separând aceste date în funcție de sexe, în cazul femeilor, 11A-Supunere explică 14.5% din variația percepției sănătății fizice. În schimb, în cazul bărbaților, o tendință mai ridicată de a trăi viața într-un mod optimist (1A-Expansiune) prezice o percepție mai bună privitoare la propria stare de sănătate.

În cazul migranților, se obțin aceleași relații între stilurile de personalitate 1B-Prezervare și 11A-Supunerea și percepția propriei stări de sănătate fizică, precum în cazul descris anterior. În cazul bărbaților migranți, același stil 1A-Expansiune prezice o percepție mai bună asupra propriei stări de sănătate fizică la fel ca și în cazul bărbaților

non-migranți. În cazul femeilor migrante, atât stilul 11A-Supunere cât și 9B-decizia explică un procent de 14.4% din variația percepției proprii stări de sănătate fizică. Dacă a fi supusă prezice o percepție mai proastă, faptul că femeia se consideră competentă și sigură pe sine indică o mai bună percepție asupra stării de sănătate.

17.3% din variația satisfacției generale este explicată de stilurile 12A-Nemulțumire și 11A-Supunere în cazul românilor care locuiesc în România. Cu alte cuvinte, cu cât o persoană se simte tratată mai nedrept și mai desconsiderată, cu atât mai prost/slab este nivelul său de satisfacție generală. În cazul migranților, 15.2% din variația acestei variabile este explicată de stilurile 1B-Conservare și 11A-Supunere, astfel încât tendința mai ridicată de a-și trăi viața într-un mod pesimist și de a considera suferința ca parte a vieții, precum și supunerea mai ridicată față de ceilalți prezic un nivel mai scăzut de satisfacție generală.

Starea de sănătate mintală este explicată într-o proporție de 26.4% de stilurile 1B-Conservare, 1A-Expansiune și 11A-Supunere. Prin urmare, cu cât o persoană se concentrează mai mult asupra dificultăților de zi cu zi, agravându-le, și cu cât se simte mai supusă și manifestă mai puțin tendința de a-și trăi viața într-un mod optimist, cu atât starea sa de sănătate mintală este mai proastă. În cazul femeilor române, stilurile 11A-Supunere și 1A-Expansiune explică 28.4% din variația acestei variabile, în timp ce pentru bărbați stilurile 1A-Expansiune și 1B-Conservare explică 22.6% din variația acesteia. În cazul migranților români, un mai mare accent pus pe problemele de zi cu zi și un nivel mai ridicat de acomodare la suferință prezic o stare de sănătate mintală mai proastă. În cazul femeilor migrante, stilurile 11A-Supunerea și 1B-Conservare explică 27% din variația stării de sănătate mintală. În cele din urmă, în cazul bărbaților migranți, cu cât este mai ridicat nivelul de optimism și dorința de a-și îmbogăți viața, cu atât este mai bună starea de sănătate mintală.

Stilurile 12A-Nemulțumire și 9A-Indecizie explică 25.9% din variația stresului aculturativ, astfel încât un nivel mai ridicat în ceea ce privește sentimentul unui tratament nedrept și fără considerație, precum și o mai mare dorință de a fi acceptat, dar în același timp alături de teama de respingere indică un nivel mai ridicat de stres de aculturație. Separând datele pe sexe, în cazul femeilor, o proporție de 28.3% din variația acestei variabile este explicată prin stilurile 12A-Nemulțumire și 1B-Conservare. În cazul bărbaților, o proporție de 20% din variația stresului de aculturație este explicat de stilul 9A-Nehotărâre.

Din punct de vedere teoretic și empiric, stilurile de personalitate 1B-Prezervare, 9A-Indecizie, 11A-Supunere și 12A-Nemulțumire au legătură cu factorul nevrotism (Casullo și Castro-Solano, 2003). Această variabilă de personalitate este cea care se asociază cel mai mult cu starea de sănătate fizică și psihologică. În acest fel, o personalitate maladaptativă poate fi favorabilă dezvoltării bolilor (Friedman și Booth-Kewley, 1987). Pe de altă parte, stilurile 1A-Expansiune și 4A-Extraversiune sunt relaționate cu optimismul și cu utilizarea confruntării ca stil de coping (Limiñana, Corbalán și Calvo, 2009). În alte studii, stilul 4A-Expansiune se asociază cu o sănătate bună în cazul oamenilor care îi îngrijesc pe alții (Cuéllar-Flores, 2013). În cazul femeilor maltratate, stilul 1A-Expansiune prezice atât sănătatea mintală cât și sănătatea fizică (Rivas-Diez, 2014).

Rezultatele acestui studiu confirmă faptul că stilurile de personalitate considerate adaptative de către model se asociază, în general, cu o stare mai bună de sănătate, în timp ce stilurile mai puțin adaptative sunt legate de o stare de sănătate mai proastă atât în cazul migranților, cât și în cazul non-migranților. Aceste corelații au fost obținute atât pentru sănătatea mintală cât și pentru sănătatea fizică.

Analizele t Student asupra diferențelor dintre *stilurile de personalitate în funcție de cele patru strategii de aculturație* confirmă ipoteza 5.5. Cu privire la Obiectivele Motivaționale (cum înfruntă o persoană condițiile din jur), persoanele care preferă să-și păstreze patrimoniul cultural și, în același timp interacționează cu societatea gazdă (Integrare) manifestă o tendință mai ridicată de a accepta evenimentele de zi cu zi vitale într-un mod optimist (1A-Expansiune), încearcă să schimbe condițiile din jurul său pentru a-și îndeplini dorințele (2A-Modificarea) și se simt mai motivați să satisfacă în primul rând nevoile celorlalți. Migranții care tind să nu-și păstreze identitatea culturală și preferă să-și îndrepte atenția spre cultura țării gazdă, la fel ca și în cazul persoanelor care preferă strategia de aculturație Integrare, au un scor mai mare pe scalele 1A-Expansiune și 2A-Modificare. Migranții care își păstrează patrimoniul cultural, dar nu participă la activitățile culturale ale țării gazdă (Separare) își concentrează atenția asupra problemelor vieții, agravându-le (1B-Conservare) și se adaptează la circumstanțele create de ceilalți fără a avea proprie inițiativă (2B-Adecvare); se simt motivați să le satisfacă nevoile celorlalți (3B-Protecție). Pe de altă parte, migranții care au pierdut contactul cultural și psihologic cu societatea din țara de origine, dar și pe cel cu societatea țării gazdă (Marginalizare) au un scor mai mare pe scalele stilurilor de personalitate 1B-Conservare și 2B-Adaptare. În general, migranții care preferă

strategiile de Integrare și Asimilare înregistrează un scor mai mare pe scalele stilurilor de personalitate considerate adaptative de către model, cu excepția stilului 3B-Protecție. De asemenea, persoanele care aleg strategia de aculturație Integrare și persoanele care aleg strategia de aculturație Separare au un scor mai mare pe scala acestui stil. Păstrarea patrimoniului cultural pare a fi legată de satisfacerea nevoilor celorlalți, în primul rând. Dimpotrivă, cei care preferă strategiile de Separare și Marginalizare înregistrează un scor mai mare pe scala stilurilor de personalitate considerate maladaptative în model.

Atunci când caută informații (Stiluri Cognitive), persoanele care preferă strategia Integrare recurg la ajutorul altor oameni (4A-Extraversiune) și transformă informațiile, adaptându-le la schemele deja cunoscute (7A-Sistematizare). Acest șablon se repetă, de asemenea, la acei migranți care preferă strategia de Asimilare. Pe de altă parte, cei care se regăsesc în categoriile Separare și Marginalizare au tendința de a-și folosi propriile gânduri și sentimente ca sursă de inspirație (4B-Introversiune). În cazul persoanelor care se regăsesc în categoria Marginalizare, acestea tind în mai mică măsură să transforme informația și să o adapteze la schemele pe care le au deja (7A-Sistematizare). În general, se observă faptul că migranții din categoriile Integrare și Asimilare tind să obțină un scor mai mare la stilurile adaptative, în timp ce în cazul strategiilor de Separare și Marginalizare, ei obțin un scor mai mare la stilurile considerate maladaptative, cu excepția strategiei de Separare, unde nu se obțin diferențe semnificative din punct de vedere statistic între această strategie și strategiile de Asimilare și Integrare, dar se obțin diferențe semnificative din punct de vedere statistic între strategiile de Separare și Marginalizare.

Cu privire la relațiile cu ceilalți, migranții care preferă strategia de aculturație Integrare sunt mai sociabili și caută mai multă atenție și stimulare (8B-Sociabilitate), sunt mai siguri pe sine, mai competenți și ambițioși (9B-Decizie); sunt mai cooperanți și respectă autoritatea (10B-Conformism), precum și simpatici din punct de vedere social, dar își ascund sentimentele negative (12B-Consimțământ). În cazul migranților care aleg strategia de aculturație Asimilare, ei obțin scoruri asemănătoare cu cei care se încadrează în strategia Integrare, cu excepția stilurilor 10B-Conformism și 11B-Supunere. În ceea ce privește stilul 10B-Conformism, nu s-au înregistrat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între migranții care preferă strategia de Asimilare și migranții care preferă strategia de Marginalizare. Persoanele care se încadrează în strategiile de aculturație Separare și Marginalizare obțin scoruri similare pe scalele stilurilor de personalitate 8A-Retragere, 9A-Indecizie, 10A-Discrepanță,

11A-Supunere și 12A-Nemulțumire. Concret, acest lucru indică faptul că persoanele din strategiile de aculturație Separare și Marginalizare sunt mai retrase și predispuse să se izoleze, acționează în mod independent și nonconformist; sunt mai supuse și au stări emoționale și comportamente variabile.

Deși nu a fost găsit niciun alt studiu care să analizeze relația dintre strategiile de aculturație și variabilele stilurilor de personalitate folosind modelul Millon, rezultatele acestei cercetări coroborează rezultatele obținute cu Modelul celor Cinci Factori. Expunerea la cultura canadiană sporește deschiderea spre experiență, bucuria, comportamentul și atitudinile sociale (McCrae et al., 1998). Extraversiunea se relaționează cu adaptarea la țara gazdă (Caligiuri, 2000; Furukawa, 1997; Searle y Ward, 1990). Pe de altă parte, nevrotismul păstrează o relație inversă cu adaptarea (Ward et al., 2004; Zhang et al., 2010). Persoanele care aleg strategiile Integrare și Asimilare au un scor mai ridicat la categoriile: 1A-Expansiune, 2A-Modificare, 4A-Extraversiune, 8B-Sociabilitate și 9B-Decizie. Stilurile de personalitate 4A-Extraversiune, 8B-Sociabilitate și 9B-Decizie sunt direct legate de factorul Extraversiune (McCrae și Costa, 2003). Dimpotrivă, stilurile 1^a-Expansiune și 2A-Modificare au o relație inversă cu nevrotismul (McCrae și Costa, 2003).

Persoanele care obțin un scor mare la categoriile Marginalizare și Separare au un scor mai ridicat și la 1B-Conservare, 2B-Adecvare, 9A-Indecizie, 10A-Discrepanță, 11A-Supunere și 12A-Nemulțumire. În cazul studiului realizat de către Schmitz (1994), Separarea se corelează pozitiv cu nevrotismul și în mod negativ cu Extraversiunea și Sociabilitatea. Marginalizarea este relaționată cu lipsa de sociabilitate. După cum s-a menționat anterior pentru ipoteza legată de sănătate, Casullo și Casto-Solano (2003) au găsit relații pozitive între nevrotism și 1B-Conservare, 2B-Adecvare, 4B-Intrversiune, 8A-Retragere, 9A-Indecizie, 10A-Discrepanță, 11A-Supunere și 12A-Nemulțumire. Pe de altă parte, au fost găsite relații negative între Extraversiune și stilurile 4B-Introversiune, 8A-Retragere și 9A-Nehotărâre.

În ultimul rând, ipoteza 5.6 analizează *relațiile dintre stilurile de personalitate și cele două scale VIA* cu scopul de a verifica *stilurile de personalitate care indică/prezic păstrarea culturii din țara de origine sau adoptarea obiceiurilor spaniole*. În cazul migranților români, au fost găsite mai multe relații între stilurile de personalitate și cele două scale, menținerea cutumelor românești și adoptarea celor spaniole. Migranții care obțin un scor mai ridicat în ceea ce privește nivelul de păstrare a obiceiurilor românești tind să creadă că viitorul nu depinde decât de ei (2A-Modificare), și se simt motivați să-i

mulțumească în primul rând pe ceilalți (3B-Protecție); recurg la surse externe pentru a dobândi noi cunoștințe, își formează propriile idei, luând în considerare propriile reacții emoționale și propriile valori personale, adaptând informația la ceea ce le este cunoscut; sunt mai sociabili (8B-Sociabilitate), dau dovadă de mai multă cooperativitate (10B-Conformitate) și simpatici din punct de vedere social, dar își ascund sentimentele negative (12B-Consimțământ).

Persoanele care au obținut scor mai mare în adoptarea cutumelor spaniole tind să-și trăiască viața într-un mod optimist (1A-Expansiune), încearcă să schimbe circumstanțele înconjurătoare pentru a-și îndeplini dorințele (2A-Modificare), recurg la surse externe atunci când caută informații (4A-Extraversiune), sunt nemulțumiți de lucrurile previzibile (7B-Inovare), sunt mai sociabili (8B-Sociabilitate) și sunt competenți și siguri pe ei înșiși (9B-Decizie). Dimpotrivă, migranții care obțin un scor mai mare pe aceeași scală tind să fie mai puțin concentrați asupra problemelor de zi cu zi (1B-Conservare), obțin un scor mai mic în stilul 2B-Adecvare, au tendința de a se folosi mai puțin de propriile lor gânduri și sentimente ca surse de inspirație (4B-Introversiune), sunt mai retrași (8A-Retragere) și au tendința de a se izola (9B-Nehotărâre), au scor mai mic în 10A-Discrepanță, sunt mai puțin supuși (11A-Supunere) și au un nivel mai scăzut de instabilitate în ceea ce privește starea emoțională și comportamentul (12A-Nemulțumire). Separând datele pe sexe, aceste relații se mențin, în general.

În ceea ce privește regresiiile multiple, se observă că stilurile 10B-Conformism și 6B-Sentiment explică în proporție de 7.8% varianța menținerii cutumelor românești în așa fel încât un scor mai mare pe această scală indică păstrarea cutumelor românești. Pe de altă parte, stilul 4A-Extraversiunea explică în proporție de 21,9% variabilitatea scalei referitoare la adoptarea cutumelor spaniole. Cu alte cuvinte, persoanele care tind să-și concentreze atenția pe sursele externe adoptă cel mai mult cutumele spaniole.

În cazul femeilor, motivația de a-i mulțumi în primul rând pe ceilalți explică în proporție de 3.8% variabilitatea scalei referitoare la menținerea cutumelor românești în timp ce, pentru grupul total, stilul 4A-Extraversiune explică în proporție de 22.6% varianța scalei legate de adoptarea cutumelor spaniole. În cazul bărbaților, stilurile 10B-Conformism și 6B-Sentiment explică în proporție de 19.3% variația de pe scala păstrării cutumelor românești. Cu toate acestea, stilul 4B-Introversiune explică în proporție de 18.2% varianța scalei legate de adoptarea cutumelor spaniole, astfel încât o tendință mai

scăzută în a-și folosi propriile gânduri și sentimente ca sursă de inspirație indică un nivel mai scăzut de adoptare a cutumelor spaniole.

În cadrul studiului efectuat de Ryder et al. (2000), un scor mai mic pentru nevrotism și un scor mai mare la capitolul responsabilitate, extraversiune și deschiderea față de noi experiențe indică scorul pe scala adoptării obiceiurilor țării gazdă. Un scor mai mic pentru nevrotism și un scor mai mare pentru responsabilitate prezic scorul pe scala referitoare la păstrarea obiceiurilor din țara de origine. Considerând, din nou, afinitățile teoretice și empirice dintre Modelul lui Millon și Modelul celor Cinci Factori (McCrae și Costa, 2003), scala 10B-Conformism menține o relație pozitivă cu Responsabilitatea, în timp ce scala 4A-Extraversiune păstrează o relație pozitivă cu factorul de Extraversiune și una negativă cu stilul 4B-Introversiune.

În tabla 13.1 se pot observa concluziile obținute în aceasta cercetare.

13.4. Implicațiile concluziilor

În continuare se descriu unele implicații pe care concluziile descrise mai sus le pot avea la nivel practic.

În primul rând, din punct de vedere metodologic, instrumentele utilizate în cele trei studii au proprietăți psihometrice bune, de aceea, pe viitor pot fi folosite în limba română atât în Spania cât și în România. De exemplu, în țara noastră, pot fi utilizate în Sondajul Național de Statistică instrumentele GHQ-12 și Duke-UNC-11 în limba română în cazul românilor rezidenți în Spania.

Pe de altă parte, separând datele pe sexe, se poate observa faptul că femeile au o sănătate mai proastă decât bărbați, dar au stiluri de viață mai sănătoase decât bărbații. Socializarea de gen intervine în ceea ce privește modificarea comportamentelor sănătoase, utilizarea medicamentelor și prezența sau recunoașterea unor boli. Cunoștințele derivate din această cercetare pot fi utilizate în programele de sănătate și activitățile de promovare a sănătății.

La nivel practic, s-a demonstrat că restructurarea cognitivă poate modifica comportamentele și atitudinile de gen (Hensley et al., 2004). Obiectivul acestor tehnici este schimbarea conformității cu normele de gen care intervin în comportamentele de sănătate atât în cazul femeilor cât și în cazul bărbaților (Mahalik, 1999; Mahalik și Morrison, 2006). În acest fel, se abordează prevenția cu scopul de a reduce comportamentele de risc și de a crește numărul comportamentelor sănătoase.

Tabel. 13.1 Rezumatul concluziilor

- Indicatorii de fiabilitate pentru Chestionarul de Sănătate Fizică, GHQ-12, Duke-UNC-11, CFNI, CMNI și MIPS permit utilizarea acestor instrumente pe populația românească.
- Structura factorială a instrumentelor folosite este similară cu cea obținută în versiunea originală, deși există diferențe datorate factorilor culturali în ceea ce privește gruparea itemilor în factori în cazul instrumentelor CMNI și CFNI.
- Bărbații și femeile migranți nu diferă în ceea ce privește păstrarea obiceiurilor românești. Cu toate acestea, femeile migrante adoptă obiceiurile spaniole mai mult decât bărbații migranți.
- Femeile migrante preferă mai mult decât bărbații migranți strategia de Asimilare, dar bărbații preferă mai mult decât femeile strategiile Integrare, Separare și Marginalizare.
- Româncele care sunt interesate să își păstreze obiceiurile românești sunt mai de acord cu normele de gen tradiționale 2-Grija copiilor, 3-Subțirime, 8-Investiție în imagine și scorul total CFNI. Femeile care adoptă mai mult cutumele spaniole tind să fie mai puțin de acord cu norma de gen 4-Fidelitate sexuală.
- Bărbații care au scor mai mare în ceea ce privește păstrarea cutumelor românești, obțin un scor mai mic pe scala 4-Violență, adică sunt mai puțin de acord cu norma potrivit căreia bărbații trebuie să aibă atitudini dure și violente.
- Românii nu își pierd interesul în ceea ce privește păstrarea cutumelor românești în funcție de timp, dar migranții care au mai mult de 10 ani de rezidență în Spania, adoptă mai mult cutumele spaniole decât cei care au mai puțin de 10 ani de rezidență.
- Migranții români au o sănătate auto-percepută mai proastă, prezintă mai multe dureri și au mai multe vizite la medic decât românii rezidenți în România. Aceștia se simt mai satisfăcuți față de locul de muncă decât migranții.
- Femeile migrante prezintă mai multe dureri, vizite la medic (pentru propriile probleme și însoțind pe altcineva) decât femeile non-migrante.
- Bărbații migranți se simt mai puțin satisfăcuți față de locul de muncă decât bărbații non-migranți.
- Există un procent mai mic de migranți care consuma alcool și tutun decât non-migranți.
- Există un procent mai mare de femei migrante care consumă medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos decât în cazul non-migranților.
- Migranții nu au o sănătate mintală mai proastă decât non-migranții.
- Femeile își valorizează sănătatea mai prost decât bărbații, prezintă mai multe dureri și se duc de mai multe ori la medic. Există, de asemenea, un procent mai mare de femei care iau medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos.
- Nu s-au găsit diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește sănătatea mintală, stresul aculturativ, numărul de ore de odihnă și satisfacția (față de familie, locul de muncă și nivel general).
- Migranții care au obținut scoruri mai mari în ceea ce privește păstrarea cutumelor românești, sunt cei care punctează mai mult pe scala de stres de aculturație.
- Menținerea cutumelor românești se asociază cu o satisfacție mai ridicată față de familie. Adoptarea cutumelor spaniole se asociază cu o satisfacție generală mai ridicată.

Tabel. 13.1 Rezumatul concluziilor (continuare)

- Nu s-au obținut diferențe în ceea ce privește sănătatea în funcție de strategiile de aculturație.
- Persoanele care trăiesc de peste 10 ani în Spania au scoruri de stres aculturativ mai mici.
- Stresul aculturativ are o relație directă cu sănătatea mintală și indirectă cu sprijinul social autoperceput.
- Femeile din România sunt mai tradiționale în ceea ce privește normele de gen feminine decât femeile spaniole. Femeile migrante obțin o conformitate mai ridicată cu normele de gen feminine decât femeile non-migrante.
- Bărbații români au o conformitate mai ridicată în ceea ce privește normele de gen masculine decât bărbații spanioli. Migranții prezintă o conformitate inferioară cu normele de gen masculine decât bărbații non-migranți.
- Unele norme de gen feminine pot fi considerate factori de risc pentru sănătate în timp ce altele pot fi considerate factori de protecție.
- Unele norme de gen masculine pot fi considerate factori de risc pentru sănătate în timp ce altele pot fi considerate factori de protecție.
- Există diferențe în ceea ce privește stilurile de personalitate între români și spanioli.
- Femeile au un scor mai mare în ceea ce privește stilurile considerate maladaptative decât bărbații.
- Odată cu trecerea timpului petrecut în Spania, oamenii devin mai optimiști în privința viitorului, tind să se concentreze mai puțin pe problemele vieții, preferă mai puțin simbolicul și necunoscutul; acționează mai puțin independent și nonconformist și tind să aibă mai puține stări de spirit și comportamente variabile.
- Stilurile de personalitate considerate adaptative se asociază cu o sănătate mai bună în timp ce stilurile de personalitate considerate mai puțin adaptative se asociază cu o sănătate mai proastă.
- În general, oamenii care preferă strategiile de Integrare și Asimilare obțin scoruri mai mari în ceea ce privește stilurile de personalitate considerate adaptative, în timp ce oamenii care preferă strategiile de Separare și Marginalizare au un scor mai mare în ceea ce privește stilurile considerate mai puțin adaptative.

Concluziile acestui studiu demonstrează faptul că perspectiva de gen este importantă în ceea ce privește studiul migrației și, de asemenea, în ceea ce privește elaborarea programelor de intervenție cu populația migrantă. Într-un anumit moment istoric coexistă diferite masculinități și feminități (Connell, 1996), și, prin urmare, populației migranților, chiar dacă locuiește în Spania, li se poate aplica standarde diferite de gen. În acest caz, trebuie luat în considerare atât conformitatea proprie cu normele de gen, dar și presiunile exterioare care au legătură cu țara de origine și țara gazdă pentru a adopta anumite norme de gen.

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consimțământ informat

Stimate/ă domn/doamnă,

În cadrul Universității Complutense din Madrid, se realizează un studiu pentru a înțelege mai bine caracteristicile de personalitate și sănătate a românilor care locuiesc în Spania. Pentru ca acest obiectiv să se îndeplinească avem nevoie de colaborarea dumneavoastră.

Participarea dumneavoastră este voluntară. În caz că decideți să participați, trebuie să completați o serie de întrebări. Datele pe care dumneavoastră ni le oferiți sunt confidențiale, iar numele dumneavoastră nu va apărea în nici un moment asociat cu datele oferite.

Dacă aveți vreo întrebare sau comentariu, puteți să o scrieți la sfârșitul chestionarului sau să vă puneți în legătură cu persoana care se ocupă de acest studiu, Andreea Brabete, la numărul 629325501 sau la email-ul ac.brabete@psi.ucm.es.

AM CITIT CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT ȘI ACCEPT SĂ PARTICIP ÎN ACEST STUDIU.

Data _____

Numele și Prenumele _____

Semnătura

Conform Legii Organice 15/1999 din 13 decembrie pentru protecția datelor personale, informațiile pe care le introduceți în acest protocol de evaluare vor fi tratate în scopuri statistice și nu pot fi folosite nominal sau furnizate către terțe părți.

ANEXO III. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

DATE PERSONALE ȘI DEMOGRAFICE

Completați următoarele date:

1. Oraș Spania _____ Oraș România _____

2. Vârsta _____

3. In ce an ați ajuns în Spania? _____

4. Starea civilă

Necăsătorită	1
Căsătorită	2
Despărțită sau Divorțată	3
Locuiesc cu partenerul	4
Văduvă	5

Nationalitatea partenerului _____

5. Aveți copii? Dacă da, câți? _____

În caz că nu aveți copii puneți 00.

6. Câți dintre copii sunt în Spania ? _____ Câți dintre copii sunt în România ? _____

7. Locuiți singură ?

Da.....1

Nu.....2 → Cu câte persoane mai locuiți? _____ Câte persoane din familie mai locuiesc cu dumneavoastră ? _____

8. Ce studii aveți ?

Școala primara	1
Gimnaziu	2
Liceu	3
Studii universitare	4
Studii postuniversitare	5

9. Situația profesională (în Spania și în România)

	în Spania	în România
Lucrez (specificați ce faceți)	1	1
Casnică	2	2
Studentă	3	3
Pensionară	4	4
În șomaj	5	5
Altele	6	6

10. Care este religia dumneavoastră ?

Ortodoxă	1
Protestantă	2
Catolică	3
Agnostică	4
Atee	5
Alta (specificați care)	99

11. Nivelul socioeconomic

Scăzut	1
Mediu- scăzut	2
Mediu-ridicat	3
Ridicat	4

DATE DE SĂNĂTATE FIZICĂ ȘI MINTALĂ

Marcați caseta care reflectă cel mai bine modul dumneavoastră de a vă comporta în ultimele 6 luni (obiceiuri nocive, comportamente de risc, simptome fizice, etc).

1. CONSUM DE ALCOOL (Nu se referă la posibilitatea de a bea la masa, ci în afara meselor):

Niciodată 1
 Sporadic..... 2
 O dată pe săptămână 3
 În weekend 4
 De trei/patru ori pe săptămână 5
 O dată pe zi 6

2. CONSUM DE ȚIGĂRI

Nu fumez sau foarte sporadic 1
 Între 1 și 5 pe zi 2
 Între 6 și 10 pe zi 3
 Între 11 și 20 pe zi 4
 Mai mult de 20 pe zi 5

3. CONSUM DE MEDICAMENTE

Niciodată 1
 Sporadic (La fiecare două-trei săptămâni sau mai puțin) 2
 De două sau trei ori pe săptămână 3
 În fiecare zi 4

4. CONSUM DE MEDICAMENTE (CU ACȚIUNE ASUPRA SISTEMULUI NERVOS) (pastile pentru somn, tranchilizante, etc...)

Niciodată 1
 Sporadic (La fiecare două-trei săptămâni sau mai puțin) 2
 De două sau trei ori pe săptămână 3
 În fiecare zi 4

5. VIZITE LA MEDIC PENTRU O PROBLEMĂ PROPIE (ȘI/SAU A ALTOR RUDE APROPIATE) ÎN ULTIMUL AN:

5.1. Numărul vizitelor la medic, în ultimul an pentru propia persoana

Încercați să vă aduceți aminte numărul aproximativ al vizitelor și puneți o cifră: _____

5.2. Numărul vizitelor la medic însoțind o persoană sau reprezentând-o _____

Dacă nu ați fost la medic în ultimul an, spuneți motivul _____

6. DIVERSE DURERI

	Rareori Niciodată	Uneori	De multe ori	Frecvent
Amețeală	1	2	3	4
Durere de cap	1	2	3	4
Durere de spate	1	2	3	4
Dureri de picioare	1	2	3	4
Alte dureri	1	2	3	4
Greață	1	2	3	4
Oboseală	1	2	3	4
Probleme respiratorii	1	2	3	4
Probleme digestive	1	2	3	4
Dureri de inimă sau piept	1	2	3	4
Dureri musculare	1	2	3	4
Transpirație rece sau stare de sufocare	1	2	3	4
Furnicăături	1	2	3	4
Diferite părți ale corpului le simt slăbite, fără energie	1	2	3	4
Senzație de greutate a brațelor și picioarelor	1	2	3	4
Alt tip de dureri nespecificate	1	2	3	4

7. ODIHNĂ

Câte ore dormiți de obicei pe zi? Includeți orele de siestă.

Ore de somn pe zi

8. EXERCİȚIU FIZIC

Faceți în timpul liber vreo activitate fizică cum ar fi mersul pe jos, vreun sport, gimnastică etc.?

Da	1
Nu, de obicei nu fac exercițiu fizic	2

9. EVALUAREA NIVELULUI DUMNEAVOSTRĂ DE SĂNĂTATE FIZICĂ:

Evaluați-vă de la 1 la 10 nivelul de sanătate, unde 1= Nesatisfăcător și 10= Foarte Satisfăcător.

Nesatisfăcător											Satisfăcător
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

În plus precizați:

Nesatisfăcător	1
Puțin satisfăcător	2
Relativ satisfăcător	3
Destul de satisfăcător	4
Foarte satisfăcător	5

În continuare, vă cerem să evaluați de la 1 la 10, gradul dumneavoastră de satisfacție în MEDIUL FAMILIAL și în MEDIUL PROFESIONAL și SATISFACȚIA GLOBALĂ, unde 1 înseamnă “**foarte nesatisfăcător**” și 10 “**foarte satisfăcător**”. Încercuiți răspunsul dumneavoastră.

Valorați de la 1 la 10 gradul dumneavoastră de SATISFACȚIE FAMILIALĂ:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valorați de la 1 la 10 gradul dumneavoastră de SATISFACȚIE PROFESIONALĂ:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valorați de la 1 la 10 gradul dumneavoastră de SATISFACȚIE GLOBALĂ:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

VIA - Índice Vancouver de Aculturación (Ryder et al., 2000).

GHQ-12 - Cuestionario de Salud General (Goldberg y Williams, 1988).

SAFE - Escala de Estrés de aculturación Social, Actitudinal, Familiar y Ambiental (Mena et al., 1987).

Duke-UNC-11 - Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Broadhead et al., 1988).

CMNI - Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Mahalik et al., 2003).

CFNI - Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (Mahalik et al., 2005).

MIPS - Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1994).

ANEXO IV. COMUNICACIONES EN CONGRESOS Y PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA TESIS

Comunicaciones en congresos

Título	Relationship between acculturative stress and mental health in Romanian immigrants living in España
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Brabete, A. C. , Rivas-Diez, R. y Sánchez-López, M.P.
Lugar	Madrid, España
Fecha	14-18 de Septiembre de 2014
Congreso	XVI World Congress of the World Psychiatry Association

Título	Social support as a protective factor for mental health in Romanian immigrants: Exploratory Factor Analysis of the Duke-UNC.
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Brabete, A. C. , Rivas-Diez, R., Rodrigo-Holgado, I. y Sánchez-López, M.P.
Lugar	Munich, Alemania
Fecha	1-4 de Marzo de 2014
Congreso	22nd European Congress of Psychiatry

Título	The Millon Index of Personality Styles in Romanian People.
Tipo de presentación	Comunicación oral
Autoras	Brabete, A. C. , Rivas-Diez, R. y Rodrigo-Holgado, I.
Lugar	San Sebastián, España
Fecha	17-20 de Julio de 2013
Congreso	12th European Conference on Psychology Assessment

Título	La medición del género y el consumo de tabaco y alcohol en rumanos.
Tipo de presentación	Comunicación oral
Autoras	Brabete, A.C. , Rivas-Diez, R. y Ruiz-García, C.
Lugar	Santiago de Compostela, España
Fecha	6-8 de Junio de 2013
Congreso	VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica

Título	The impact of gender norms on alcohol and tobacco use at Romanians.
Tipo de presentación	Comunicación oral
Autoras	Brabete, A.C. , Sánchez-López, M.P., Cuéllar-Flores, I. y Rivas-Diez, R.
Lugar	Bucarest, Rumania
Fecha	18-21 de Octubre de 2012
Congreso	Psiworld, 2012. 3rd International Conference on Psychology and the Realities of the Contemporary World

Título	The relationship between gender and health
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Brabete, A. C. , Rodrigo-Holgado, I. y Ruíz-García, C.
Lugar	Estocolmo, Suecia
Fecha	9-12 de Julio de 2012
Congreso	13th European Congress of Psychology

Título	GHQ-12 in Romanian people: Reliability, exploratory and confirmatory factor analysis
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Brabete, A.C. , Sánchez-López, M.P. y Rivas-Diez, R.
Lugar	Budapest, Hungría
Fecha	29 de Agosto - 1 de Septiembre de 2012
Congreso	12th International Congress of Behavioral Medicine

Título	La relación entre la salud física y mental en personas inmigrantes
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Brabete, A.C. , Sánchez-López, M.P. y Rivas-Diez, R.
Lugar	Santander, España
Fecha	26-28 de Abril de 2012
Congreso	V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica

Título	El género y la salud: los migrantes rumanos
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Brabete, A. C. y Sánchez-López, M. P.
Lugar	Bilbao, España
Fecha	11-13 de Abril de 2012
Congreso	Migraciones Internacionales en España. Movilidad humana y diversidad social

Título	Salud mental y física en una muestra de rumanos que viven en España
Tipo de presentación	Póster

Autoras	Brabete, A.C. , Sánchez-López, M.P. y Rivas-Diez, R.
Lugar	Madrid, España
Fecha	6-8 de Octubre de 2011
Congreso	III Jornadas Emociones y Bienestar. Sociedad Española para el Estudios de la Ansiedad y el Estrés

Título	Mental health in Romanian women living in Spain
Tipo de presentación	Póster
Autoras	Sánchez-López, M.P., Brabete, A.C. y Rivas-Diez, R.
Lugar	Madrid, España
Fecha	16-19 de Marzo de 2011
Congreso	4th World Congress on Women´s Mental Health

Título	How does the gender influence people's Health? Data of a sample of Romanian people living in España
Tipo de presentación	Comunicación oral
Autoras	Brabete, A. C. y Sánchez-López, M. P.
Lugar	Bucharest, Romania
Fecha	27-30 de Octubre de 2011
Congreso	PSIWORLD 2011, Psychology and the Realities of the Contemporary World

Publicaciones

Autora	Brabete, A. C. (2014)
Título	El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana
Revista científica	<i>Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica</i> , 37(1), 9-27.

Autoras	Brabete, A. C. , Rivas-Diez, R., Rodrigo-Holgado, I. y Sanchez-Lopez, M. P. (2014).
Título	EPA-1299 - Social support as a protective factor for mental health in Romanian immigrants: exploratory factor analysis of the Duke-UNC.
Revista científica	<i>European Psychiatry</i> , 29, 1.

Autoras	Brabete, A.C. , Sánchez-López, M.P., Dresch, V., Cuéllar-Flores, I. y Rivas-Diez, R. (2013)
Título	Gender issues implications on health
Libro	<i>Health Behavior: New Research</i> , P.B. Harris (Ed.). New York: Novinka. 81-102. ISBN: 978-1-62618-931-7

Autoras	Brabete, A. C. , Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I. y Rivas-Diez, R. (2013)
Título	The Impact of Gender Norms on Alcohol and Tabacco Use at Romanians
Revista científica	<i>Procedia-Social and Behavioral Sciences</i> , 78, 230-234.

Autoras	Brabete, A.C. y Sánchez-López, M.P. (2012)
Título	El género y la salud: los migrantes rumanos
Libro	<i>Migraciones Internacionales en España. Movilidad humana y diversidad social</i> . G. Moreno Márquez, C. Blanco Fernández de Valderrama and A. Collado Zengotitabengoa (Eds.), Universidad del País Vasco. ISBN 978-84-695-3086-3

Autoras	Brabete, A.C. , Sánchez-López, M.P. y Rivas-Diez, R. (2012)
Título	La relación entre la salud física y mental en personas inmigrantes.
Libro	<i>Avances en Psicología Clínica</i> . Granada: Asociación Española de Psicología Conductual. 403-406. ISBN: 978-84-695-3599-8

Autoras	Brabete, A. C. y Sánchez-López, M. P. (2012)
Título	How does the gender influence people's health? Data of a sample of Romanian people living in España
Revista científica	<i>Procedia-Social and Behavioral Sciences</i> , 33, 148-152.
